

BULLETIN DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

MÉDICAL

DIRECTION — FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ LAVAL, QUÉBEC.

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

Richard LESSARD..... ANTONIN CLERC..... page 1025

COMMUNICATIONS

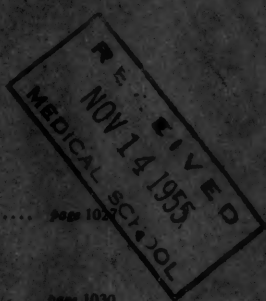
Prime DUCHÊNE et P. Ruelin
FORTIN..... ESSAI DU LARGACTIL EN OBSTÉTRIQUE..... page 1030Léo GAUVREAU..... SÉDIMENTATION GLOBULAIRE DURANT LA
GROSSESSE ET LA PUÉRÉRALITÉ..... page 1045Eucède DÉCHÈNE..... CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES CONCERNANT LA
PLEURÉSIE PURULENTE STAPHYLOCOCCIQUE DU NOURRISSON..... page 1053De la R. PORTIER, Yves COSSETTE et David JACOB..... LES STAPHYLOCOCCES CUTANÉES ET LEUR
TRAITEMENT PAR LA DYNAMYCINE..... page 1065Edmond POTVIN..... CONSIDÉRATIONS SUR TROIS CAS DE PURPURA
INFANTILE..... page 1084Edmond PAQUET..... A PROPOS DE QUELQUES FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE LA
TUBERCULOSE..... page 1094

CHRONIQUE MÉDICALE

Marcel LANGLOIS..... DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE..... page 1105

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Arthur MAHEUX..... UN COMPTE DE MÉDECIN EN 1854..... page 1115



de Natiséila*...

Le sédatif de la vie moderne

Nouveau — Efficace — Bien toléré

NATISÉDINE

Comprimés à 0,10 gr. de phényléthylhydrazinolate de Quinidine

Anxiété — Insomnies — Angisses — Palpitations — Extrasystoles —
Cas rebelles aux autres sédatifs.

1 à 3 comprimés en entier ou en demi-comprimés répartis en cours de la journée.

Flacons de 20, 100 et 500 comprimés.



Durant la GROSSESSE et la LACTATION

"FERROGEN" COMPOSÉ

Tablette N° 450 "Féu"

Chaque tablette enrobée de sucre renferme:

sulfate de fer S.P.	325 mg. (5 gr.)
*farine d'os (comestible)	325 mg. (5 gr.)
vitamine D.....	500 U.I.
vitamine A, acétate de.....	1500 U.I.
vitamine B ₁	1 mg.
riboflavine.....	1 mg.
niacinamide.....	5 mg.
vitamine C.....	30 mg.
iodure de sodium	0.2 mg. (1/325 ^e de gr.)

*Teneur moyenne: calcium, 110 mg.,
phosphore, 50 mg., fluorine, 0.4 mg.,
et autres traces d'éléments.

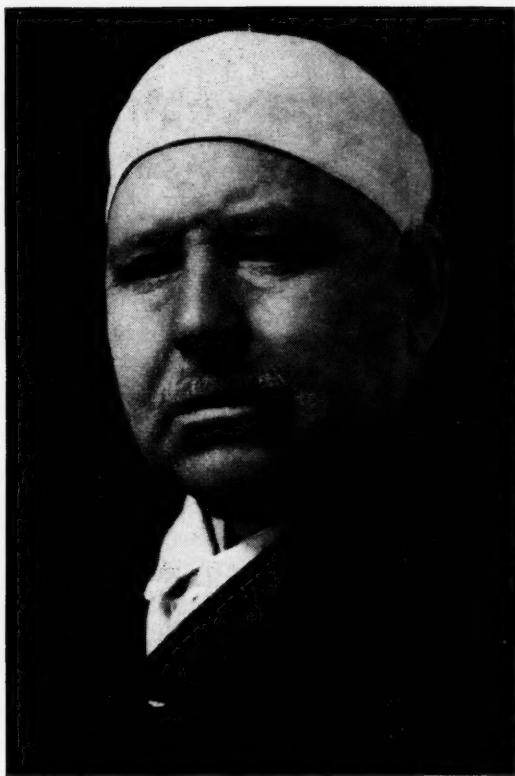
Présentées en flacons
de 100 tablettes.

UNE
TABLETTE
DE
FER,
CALCIUM,
IODE, et
VITAMINES

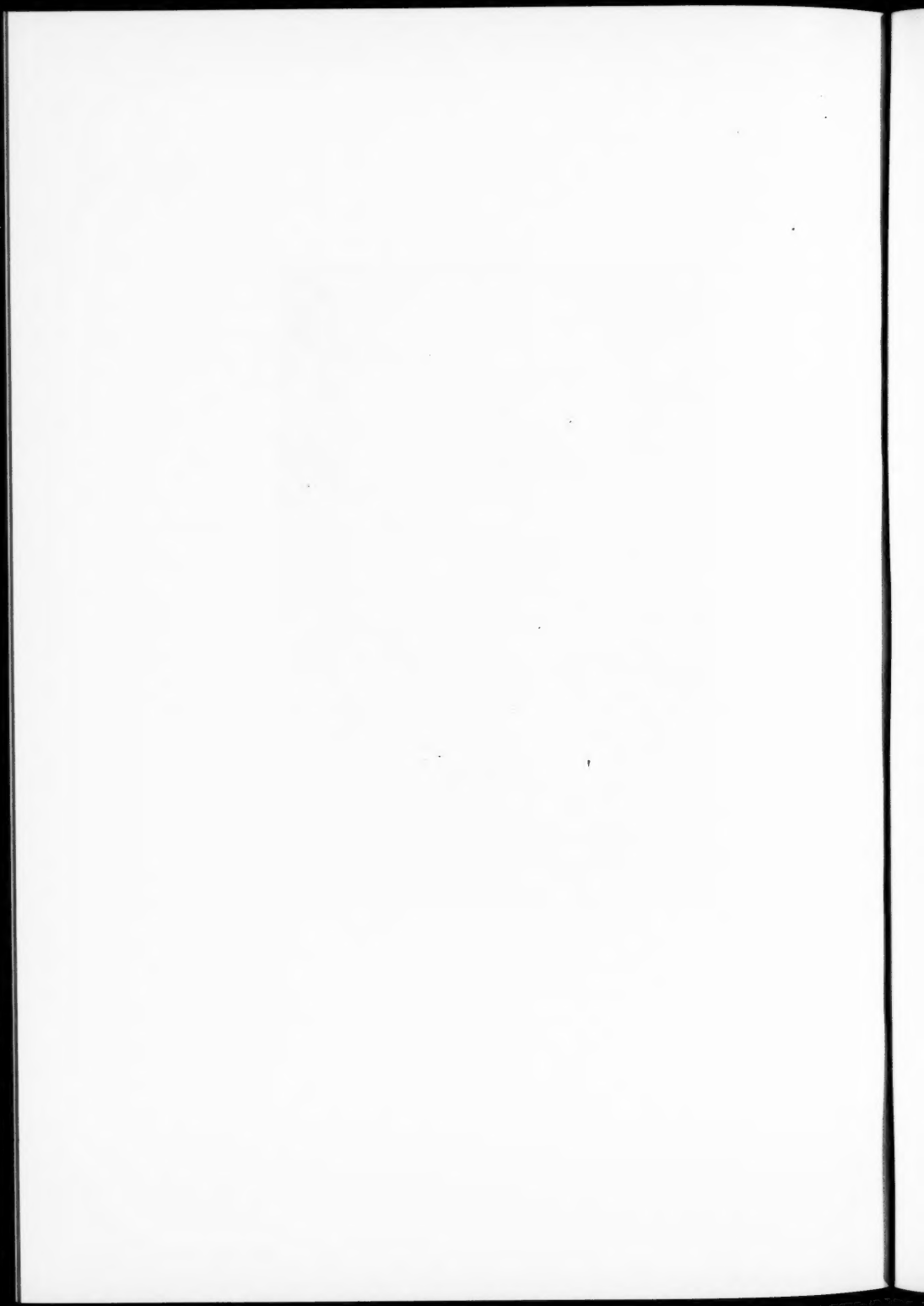
POSOLOGIE. Afin de pro-
duire la tolérance du fer, gra-
dier la quantité administrée
quotidiennement jusqu'à la dose
entière: une tablette après le re-
pas principal durant plusieurs
jours; augmenter à deux tablettes,
une après le déjeuner et une après
le repas du midi durant plusieurs
jours, et finalement une tablette
trois fois par jour après les repas.

Charles E. Frosst

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



Le professeur ANTONIN CLERC
(1871-1954)



LAVAL MÉDICAL

VOL. 20

N° 8

OCTOBRE 1955

NÉCROLOGIE

ANTONIN CLERC

(1871-1954)

Le professeur Antonin Clerc, membre correspondant étranger de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, est décédé à sa maison de campagne de Boulogne-sur-Mer en septembre 1954 dans sa quatre-vingt-troisième année.

Ancien professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, il était en charge d'une chaire de clinique médicale lors de sa mise à la retraite. Élève de Pierre Merklen, de Achard, de Barié, de Roger et de Vaquez, il s'orienta d'abord vers l'hématologie. Sa thèse de doctorat portait sur les ferments solubles du sérum sanguin.

Sa carrière médicale fut presque entièrement consacrée à la cardiologie. Avec Vaquez, qui le tenait en haute estime, avec ses amis Laubry, Gallavardin et Lian, il peut être considéré comme un maître de la cardiologie française de la première moitié du xx^e siècle.

Les arythmies en clinique, ouvrage qui fit époque lorsqu'il parut en 1925, consacrèrent définitivement la renommée du maître français. Quatre ans plus tard, soit en 1929, nous saluons la première édition du *Précis des maladies du cœur et des vaisseaux* composé, pour la partie vasculaire, en collaboration avec Pierre-Noël Deschamps. Ce précis connut immédiatement un grand succès et une édition récente prolonge parmi nous l'enseignement du regretté disparu. Il faut avoir vu à

l'œuvre le professeur Clerc pour savoir avec quelle minutie, je dirais même avec quel scrupule, les volumes et les articles signés par lui pouvaient avoir été écrits. Il était véritablement un perfectionniste.

Deux voyages au Canada, en 1926 et en 1932, lui avaient permis de se créer, en notre pays, de solides amitiés que le temps n'avait pu altérer. Docteur *honoris causa* de l'université Laval de Québec, il se considérait comme l'un des nôtres. Il avait accueilli dans ses Services de Lariboisière et de la Pitié de nombreux élèves étrangers. Plusieurs cardiologues canadiens ont suivi assidûment ses leçons et ses cliniques. Il était accueillant pour eux, les mettait à l'aise, dirigeait personnellement leurs travaux et leur fournissait, sans jamais se lasser, toutes les explications qu'ils lui demandaient. Son Service médical était une grande famille où le maître dominait par sa haute taille, sa facile érudition, son extrême bienveillance, ses leçons de probité morale et intellectuelle sur lesquelles il insistait tant.

Si le professeur Clerc a été un grand médecin, il fut aussi séduit par toutes les branches des sciences naturelles ; il affectionnait particulièrement la biologie et l'entomologie. Il nous confiait un jour sa joie d'avoir pu, lors d'un de ses voyages chez nous, observer de près une mouffette nord-américaine. Linguiste distingué, il pouvait discourir facilement en latin et manifestait discrètement son étonnement de voir que nous ne pouvions pas lui donner la réplique dans la langue de Virgile.

La Société française de cardiologie le maintint à la présidence au cours des années difficiles de 1938 à 1945. Sa prudence et son tact ont été alors soumis à une grande épreuve et nul n'était mieux qualifié que lui pour une pareille tâche.

L'art en médecine le captiva toujours et il rédigea des articles signés A.C. sur le *Nanisme en peinture*, sur la *Pendaison de Judas*, sur *Machiavel et la médecine*. Fauré et Tchaïkovsky, qu'il avait bien connus, étaient ses auteurs préférés en musique ; il en avait conservé de précieux manuscrits.

Lors de la dernière guerre, le professeur Clerc fut durement éprouvé, son stoïcisme fut admirable. Notre maître avait écrit à l'occasion de sa leçon d'ouverture de la chaire de la clinique médicale de la Pitié la phrase suivante qu'il adressait à ses auditeurs : « La sérénité de l'âme,

ce sera souvent à vos dépens que vous la gagnerez. » Il l'a pratiquée cette sérénité tout le long de sa vie. Soutenu par une compagne de haute distinction, il a trouvé dans son *home* l'atmosphère qui convenait à l'éclosion de ses recherches et de ses travaux.

Que madame Clerc et sa famille acceptent l'expression de notre entière sympathie.

Les qualités exceptionnelles d'intelligence et de cœur du professeur Clerc nous avaient tellement impressionné lors de nos études que nous voulons rappeler ici, en terminant cette courte notice nécrologique, les directives qu'il donnait à ses élèves pour leur vie médicale : « Réfugiez-vous dans votre conscience ; elle restera l'étoile dont la clarté fidèle vous tracera votre route, le reste du firmament devrait-il s'obscurcir. »

Richard LESSARD

COMMUNICATIONS

ESSAI DU LARGACTIL EN OBSTÉTRIQUE *†

par

Prime DUCHÊNE et P.-Émile FORTIN

de l'Hôpital de la Miséricorde

Depuis toujours, la grande préoccupation de l'accoucheur a été de rechercher le sédatif idéal en obstétrique. Par agent idéal, on entend celui qui concourra à procurer le plus grand bien-être possible à la mère sans altérer l'évolution normale du travail ni compromettre la sécurité de l'enfant. La découverte d'un tel produit n'est pas encore faite bien que nous vivions à une époque où la série des médicaments, tant analgésiques qu'hypnotiques et amnésiques, ne cesse de s'allonger.

Le *Largactil*, mieux connu aux États-Unis sous le nom de *Thorazine*, produit par les laboratoires Poulenc, est le tout dernier-né de cette famille. Tout comme le phénergan et le diparcol, le largactil est un dérivé de la phénothiazine dont la valeur pharmacodynamique ne devait pas tarder à retenir l'attention des chercheurs. En effet, en plus

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 18 mars 1955.

† Ce travail a été rendu possible grâce à l'autorisation du chef de Service, le docteur René Simard, la collaboration de la compagnie Poulenc et la merveilleuse coopération des infirmières de l'Hôpital.

de se comporter comme un inhibiteur du système nerveux autonome, ce qui le place dans le groupe des agents ganglioplégiques, et d'être spasmolytique, il possède une activité complexe sur le système nerveux central. A ses effets sédatifs, hypotoniques et anticonvulsants, s'ajoute une action anti-émétique ; il intervient également dans le mécanisme de la thermorégulation et influence le métabolisme. De plus, le largactil jouit de la propriété de renforcer l'activité des anesthésiques généraux, des analgésiques et des hypnotiques.

Les propriétés physiologiques multiples de cet agent, propriétés expérimentalement vérifiées, ont soulevé un enthousiasme qui a précipité son introduction en thérapeutique. Avec des résultats encourageants, on en fit de nombreuses applications cliniques, particulièrement en anesthésie et en psychiatrie. Les obstétriciens ne devaient pas tarder à explorer les possibilités thérapeutiques du largactil : déjà, en 1952, Laborit avait rapporté l'expérience de cet agent en analgésie obstétricale dans une étude portant sur 175 cas. Les résultats furent assez intéressants.

Notre essai, grandement inspiré de celui de Laborit dans son mode d'application, a été effectué sur 77 patientes que nous avons divisées en deux groupes. Pour les 50 premiers cas du groupe I, nous avons utilisé en perfusion intraveineuse une solution de 100 mg de démerol et de 50 mg de largactil dans 500 cm³ de soluté glucosé à 5 pour cent. Le début de la perfusion se faisait en goutte-à-goutte rapide jusqu'à l'obtention d'un état de somnolence entre les contractions. Pour atteindre cet état, de 100 à 125 cm³ étaient habituellement administrés dans un temps variant de dix à vingt minutes. A la suite de cette perfusion initiale, le soluté fut d'abord administré à raison de 30 à 50 gouttes à la minute pour quelque sept ou huit parturientes. La réaction fut variable. Nous avons constaté qu'à ce rythme, il était impossible, chez un certain nombre de patientes, de maintenir la marche normale du travail. L'administration fut donc réglée uniquement sur la qualité des contractions ce qui nécessitait une surveillance étroite et continue pour varier le débit au besoin.

Dans le but d'élucider la difficulté de régler le débit de façon à ce que la patiente soit suffisamment soulagée sans toutefois compromettre l'évolution normale du travail, nous avons adopté une nouvelle ligne de

conduite. Il fut donc décidé d'augmenter la quantité de la perfusion initiale, puis, après coup, d'ajouter dans le soluté un produit ocytocique, le pitocin. C'est alors que commençait la deuxième série de notre étude.

A ce moment, la perfusion du début fut portée à 300 cm³ environ, administrés en un temps relativement court. Puis le pitocin était ajouté à la dose d'une unité par 100 cm³ de soluté restant, à administrer systématiquement au débit de 30 gouttes à la minute. Les deux premiers cas suffirent à nous convaincre que cette méthode ne pouvait être adoptée, car les contractions redevenaient trop rapprochées et trop fortes. Cette expérience entraîna, pour les cinq cas suivants, un retour à la technique du débit réglé d'après la qualité des contractions, comme dans le premier groupe.

Finalement, dans les derniers cas de cette deuxième série, nous en sommes venus à une technique qui s'avéra plus efficace. Deux cents cm³ de la solution contenant le largactil et le démerol furent donnés au cours de la première heure et 100 cm³ au cours de la deuxième heure. A ce moment, si la qualité des contractions était suffisamment modifiée (intervalle d'au moins 15 minutes entre les contractions), une unité de pitocin était alors ajoutée aux 200 cm³ de solution restante, qui était perfusée au débit de 30 gouttes à la minute. Les contractions reprenaient progressivement une évolution sensiblement normale et gardaient leur régularité par la suite, une fois le soluté terminé. Nous tenons donc à insister dès maintenant sur la modification inévitable qu'apporteront les sept premiers cas de la deuxième série sur les résultats ultérieurs concernant le groupe ayant reçu du pitocin. Par ailleurs, en suivant cette méthode d'administration plus uniforme, il est arrivé que dix patientes n'ont pu recevoir de pitocin, soit parce que le travail était trop avancé ou soit parce que ce dernier fut trop rapide. Ces dix patientes furent donc ajoutées aux cinquante de la première série et contribuent à en modifier les résultats.

En plus, il faudra tenir compte des divers modes d'administration dans l'une et l'autre des deux séries de cette étude.

La première série comprend donc les 60 patientes qui n'ont pas reçu le pitocin ; alors que la deuxième série est composée des 17 qui en ont reçu.

Il va sans dire que la perfusion dans tous les cas était commencée seulement lorsque le travail était bien installé, c'est-à-dire :

quand le col était suffisamment effacé ;
quand la dilatation était à dix sous au moins ;
quand les contractions étaient régulières et suffisamment rapprochées les unes des autres (trois à cinq minutes).

La patiente était libérée du soluté à la dilatation complète.

Les dossiers des 77 cas furent soigneusement relevés pour retracer toute condition pathologique qui aurait pu survenir pendant la période de grossesse. Quatre patientes ont présenté de la prééclampsie dont deux, au début du travail. Il y eut deux cas de décollement prématuré du placenta, un cas d'hydramnios et un cas de gémellité.

Aucune sélection particulière ne fut faite concernant la parité ni la présentation. Cependant, près de 80 pour cent de nos patientes furent des primipares.

TABLEAU I

Distribution de la parité dans les deux séries

PARITÉ	PREMIÈRE SÉRIE (60)	DEUXIÈME SÉRIE (17)
1.....	47, soit 78,3%	13, soit 76,5%
2.....	7, » 11,7%	3, » 17,6%
3.....	1, » 1,7%	0, » 0,0%
4 et plus.....	5, » 8,3%	1, » 5,9%

Par pur hasard, toutes nos présentations furent céphaliques. Une seule présentation podalique fut observée pour le deuxième bébé du cas de gémellité.

Nous n'avons également pas tenu compte de l'engagement ou de l'absence d'engagement de la présentation. Il y avait engagement dans 75 pour cent des cas de la première série et 76.5 pour cent, de la deuxième série.

Le tableau II indique les quantités de soluté qui furent administrées.

TABLEAU II
Quantités de soluté administrées

QUANTITÉ (en cm ³)	PREMIÈRE SÉRIE (60)	DEUXIÈME SÉRIE (17)
500.....	30 cas, soit 50,0%	5 cas, soit 29,5%
400 - 500.....	8 » » 13,3%	9 » » 52,9%
300 - 400.....	8 » » 13,3%	2 » » 11,7%
200 - 300.....	9 » » 15,0%	1 » » 5,9%
Moins de 200....	5 » » 8,5%	0 » » 0,0%

Le premier but de cette expérimentation était de rechercher les effets analgésiques de ce médicament tout en observant son influence sur la marche du travail. Pour avoir une idée la plus juste possible de l'action analgésique, il fallait un contrôle objectif assez précis du comportement de la patiente pendant et entre les douleurs, comparé avec l'appréciation personnelle de la parturiente interrogée 24 heures après l'accouchement.

Dans le classement de nos observations nous avons employé les mêmes barèmes que ceux de Laborit dans son étude :

— *Résultat très bon.* Suppression quasi totale des douleurs (subjectives), et de leurs signes extérieurs (objectifs).

— *Résultat bon.* Atténuation considérable des douleurs et de leurs signes extérieurs.

— *Résultat assez bon.* Diminution nette des douleurs mais persistance de cris, de plaintes ou d'agitation pendant les contractions.

— *Résultat médiocre.* Diminution très peu marquée des douleurs.

— *Résultat nul.* Aucune modification appréciable.

Nous voyons (tableau III) que près de 50 pour cent des cas ont présenté de très bons résultats dans la période de dilatation et près de 35 pour cent, dans la période d'expulsion. Globalement, si l'on groupe les résultats très bons, bons et assez bons, on constate que 86 pour cent des cas ont réagi de façon satisfaisante au cours de la période de dilatation, et 68,3 pour cent au cours de la période d'expulsion. Comparant

TABLEAU III

Appréciation des résultats obtenus par la largactil au cours des périodes de dilatation et de l'expulsion

RÉSULTATS	DILATATION		EXPULSION	
	Série I	Série II	Série I	Série II
Très bon.....	29, soit 48,3%	8, soit 47,0%	23, soit 38,3%	5, soit 29,4%
Bon.....	15, » 25,0%	3, » 17,6%	15, » 25,0%	4, » 23,6%
Assez bon.....	7, » 11,7%	4, » 23,6%	5, » 8,3%	2, » 11,8%
Médiocre.....	9, » 15,0%	2, » 11,8%	17, » 28,3%	6, » 35,2%
Nul.....	0	0	0	0

nos deux séries, on trouve aussi que, globalement, il n'y a pas de différence très appréciable entre elles. Seule la période de dilatation nous apporte des taux inversés pour les résultats qualifiés de bons et d'assez bons.

Il reste donc 9 patientes de la première série, soit quinze pour cent, pour lesquelles le résultat fut jugé comme médiocre pendant la dilatation et 17 patientes, soit 28,3 pour cent, pendant l'expulsion. En étudiant ces derniers cas, nous avons relevé, chez tous, sauf un, un facteur commun susceptible d'expliquer cette analgésie non satisfaisante. En effet, une quantité nettement insuffisante du soluté avait été donnée, soit que, chez certaines parturientes le travail était déjà trop avancé, soit que chez d'autres il évoluait trop rapidement. Ici, il convient de noter que chez les patientes ayant reçu du pitocin, les résultats médiocres sont surtout retrouvés parmi les sept premiers cas pour lesquels l'effet du pitocin était trop prononcé. On se souvient qu'alors une unité de pitocin était ajoutée à chaque 100 cm³ de soluté restant. Chez les multipares, quelle que soit la quantité de pitocin en jeu, l'adjonction de l'agent ocytotique semble priver la patiente de l'action sédatrice du largactil en précipitant la dilatation.

Dans tous les cas où les résultats médiocres sont rencontrés pendant la dilatation, ils le sont également pendant l'expulsion.

Il nous a semblé que la bonne qualité de l'analgésie est obtenue en autant qu'une quantité suffisante de soluté soit administrée. Par exemple, dans le groupe des résultats très bons, 21 des 37 patientes ont

reçu toute la solution, tandis que les 16 autres en ont reçu au moins 400 cm³. La durée de la perfusion est aussi liée à l'efficacité du produit, puisque chez pratiquement toutes les parturientes qui ont joui d'une analgésie excellente, l'injection fut administrée pendant tout près de quatre heures ou même plus. Il appert donc que 400 cm³ de la solution de largactil et démerol est la quantité qui, en général, peut être considérée comme le minimum pour obtenir l'efficacité désirée.

Il convient aussi de noter que l'effet amnésique du largactil fut très appréciable puisqu'il fut obtenu chez 30 des 77 patientes au cours de la période de dilatation. Il fut cependant observé la moitié moins souvent au cours de l'expulsion.

Un médicament analgésique est apprécié par l'accoucheur en autant qu'il n'entrave pas la marche du travail. Aussi, avons-nous essayé d'étudier de près l'évolution de ce dernier en vérifiant, en autant que possible, la dilatation de chaque patiente après une heure, deux heures et trois heures d'injection de soluté et en indiquant le temps précis où la dilatation s'est complétée. Un aperçu de l'état du col dans les premières heures de perfusion nous est fourni dans les tableaux IV, V, VI et VII.

TABLEAU IV

État du col une heure après le début de l'injection du soluté de largactil et de démero

DILATATION AU DÉBUT	Nb. de cas	DILATATION APRÈS UNE HEURE, EN POURCENTAGE						
		10 s.	25 s.	50 s.	100 s.	P. P.	G. P.	Complète
10 sous.....	4	50	50	—	—	—	—	—
25 sous.....	12	—	41,7	41,7	8,3	—	—	8,3
50 sous.....	23	—	—	26,1	39,1	8,6	13,0	13,0
100 sous.....	14	—	—	—	28,6	14,3	7,1	50,0
Petite paume.....	5	—	—	—	—	20,0	—	80,0
Grande paume.....	2	—	—	—	—	—	—	100,0

Le tableau IV démontre que, pendant la première heure, la dilatation progresse de façon satisfaisante pour une bonne partie des patientes. Même dans les cas où la perfusion fut commencée à une dilatation à dix sous, on en retrouve, après une heure, 50 pour cent avec une dilatation de 50 sous. Après deux heures de perfusion (tableau V), dans les cas où

TABLEAU V

État du col deux heures après le début de l'injection du soluté de largactil et de démerol

DILATATION AU DÉBUT	Nb. de CAS	DILATATION APRÈS DEUX HEURES, EN POURCENTAGE						
		10 s.	25 s.	50 s.	100 s.	P. P.	G. P.	Complète
10 sous.....	5	—	100	—	—	—	—	—
25 sous.....	15	—	26,6	46,6	12,7	—	—	12,7
50 sous.....	25	—	—	4,0	44,0	12,0	4,0	36,0
100 sous.....	17	—	—	—	5,9	17,6	11,8	64,7
Petite paume.....	6	—	—	—	—	16,6	16,6	66,8

TABLEAU VI

*État du col trois heures après le début de l'injection du soluté de largactil et de démerol
(première série, sans pitocin).*

DILATATION AU DÉBUT	Nb. de CAS	DILATATION APRÈS TROIS HEURES, EN POURCENTAGE						
		10 s.	25 s.	50 s.	100 s.	P. P.	G. P.	Complète
10 sous.....	5	25	25	—	—	25	—	25
25 sous.....	11	—	—	36	9	27	—	27
50 sous.....	20	—	—	—	20	25	10	45
100 sous.....	16	—	—	—	—	6	13	81
Petite paume.....	6	—	—	—	—	—	33	67

TABLEAU VII

*État du col trois heures après le début de l'injection du soluté de largactil et de démerol
(deuxième série, avec pitocin)*

DILATATION AU DÉBUT	Nb. de cas	DILATATION APRÈS TROIS HEURES, EN POURCENTAGE						
		10 s.	25 s.	50 s.	100 s.	P. P.	G. P.	Complète
10 sous.....	1	—	—	—	—	—	100	—
25 sous.....	6	—	—	—	17	33	—	50
50 sous.....	6	—	—	—	—	17	—	83
100 sous.....	2	—	—	—	—	—	—	100

la dilatation n'était que de dix ou 25 sous, on n'observe aucune progression, la plupart du temps ; au contraire, l'accélération du travail est très nette dans tous les autres cas. L'examen fait après trois heures de soluté

continu nous permet, cette fois, de comparer l'état du col chez les patientes des deux séries prises séparément (tableaux VI et VII). Durant la troisième heure, les cas où la dilatation était peu avancée au début de la perfusion (dix sous et 25 sous) subissent une accélération sensible du travail. Pour les autres, la progression de la dilatation se continue tel que désiré.

Nos observations sur l'aspect du col ne se sont pas limitées à la dilatation seulement. Dans la première série, nous avons noté un ramollissement net du col. Nous avons cru que ce ramollissement pouvait favoriser un amincissement, mis en évidence surtout dans la deuxième série. Au sujet de ce second groupe, on sait que les contractions s'affaiblissent et s'espacent considérablement au cours de la deuxième heure de perfusion, de sorte que la dilatation obtenue, après deux heures, est la même que celle qui avait été observée une heure auparavant. Cet amincissement du col ne peut donc être expliqué par un seul processus mécanique. Serait-il alors attribuable, pour une grande part, à l'effet du largactil?

De plus, un relâchement assez rapide du col a été obtenu avec l'emploi du largactil dans deux cas de rigidité simple marquée et dans un autre cas d'œdème cervical.

Il nous est donné de constater que trente et une des soixante patientes de la première série, soit 51,7 pour cent arrivaient à une dilatation complète dans les trois premières heures de perfusion tandis que dix des 17 cas de la deuxième série, soit 58,8 pour cent avaient complété leur dilatation. Analysant les 31 premiers cas, au début de la dilatation,

13 avaient une dilatation de 100 sous

9	»	»	»	»	50	»
3	»	»	»	»	25	»
3	»	»	»	»	petite paume	
2	»	»	»	»	grande paume	
1	avait	»	»	»	10 sous	

Du grand total, 36 n'atteignaient donc pas une dilatation complète à la fin de la troisième heure. Cependant, 16 dilatations étaient complétées entre la troisième et la quatrième heure et 5, entre la qua-

trième et la cinquième heure. Il reste donc 15 cas où cette dilatation ne s'était pas effectuée dans les cinq heures suivant le début de la perfusion. Une étude plus approfondie de chaque groupe nous conduit aux observations suivantes : un arrêt de travail est survenu chez trois des six patientes où la perfusion commença à dix sous de dilatation. Ces pannes de travail ont duré respectivement 6,30 heures, 2,30 heures et 3 heures. Si nous pouvons assurer que, dans chacun de ces trois cas, les conditions requises pour affirmer que le travail était définitivement en marche existent, nous devons conclure qu'une telle dilatation ne présente pas un stade propice à l'emploi du largactil.

Par contre, chez les sujets où nous avons commencé la perfusion à une dilatation de 50 sous et de 100 sous, nous avons remarqué un bon effet analgésique avec conservation de l'évolution normale des contractions utérines. Comme ombre au tableau, signalons deux arrêts de travail dans le groupe ayant une dilatation initiale à 100 sous, et un dans le groupe ayant une dilatation à 50 sous (tableau VII). Raisonnablement, ces cas ne peuvent être expliqués, étant donné que la perfusion dans chacun des cas était plutôt modérée.

TABLEAU VIII

Arrêts de travail

DILATATION INITIALE	DURÉE
10 sous.	6.30 heures
10 sous.	2.30 heures
10 sous.	3.00 heures
50 sous.	12.00 heures
100 sous.	1.00 heure
100 sous.	0.45 heure

En autant que la période d'expulsion est concernée, celle-ci ne fut pas sensiblement entravée. La perfusion était toujours discontinuée à la dilatation complète mais l'analgésie, le plus souvent, se maintenait bien. De plus, la patiente, en général, coopérait admirablement à l'occasion de chaque contraction. La durée d'expulsion fut strictement contrôlée (tableau IX).

Les 31 cas (51,7%) dont l'expulsion dura une heure ou moins, comprennent les 13 multipares de la première série. Les 12 cas (70,6%) de la deuxième série incluent trois des quatre multipares.

Quant au mode d'expulsion, les chiffres que nous rapportons sont peu significatifs. En effet, un certain nombre d'applications de forceps furent effectuées, aux fins de démonstration, sur les présentations céphaliques très basses. Sous cette réserve, les modes d'expulsion se répartissent en 42 cas (54,5%) d'expulsions spontanées, 35 cas (45,5%) d'expulsions avec forceps et une grande extraction (jumeaux).

Le mode d'anesthésie employé auparavant dans notre Service fut à peu près toujours le même : induction au mélange d'éther (deux parties) et de chloroforme (une partie), suivie d'éther pur. Souvent, l'éther à la reine est donné avant l'induction. Avec l'emploi du largactil au cours de la dilatation, aucun anesthésique ne fut administré avant que la période d'expulsion ne soit très avancée, c'est-à-dire lorsqu'une bonne partie de la présentation était visible à la vulve. Dans tous les cas, sauf deux, nous n'avons utilisé que de l'éther pur.

Dans notre Service, pour l'administration des anesthésiques volatils nous utilisons toujours des récipients uniformes de sorte que, à la fin de l'anesthésie, nous avons une idée assez précise de la quantité administrée. Ainsi, par comparaison avec les quantités d'éther utilisées par le passé, nous pouvons affirmer que dans ces deux séries de cas rapportées 67 cas, soit 87 pour cent, n'ont reçu que le tiers ou la moitié de la quantité habituellement utilisée et dix cas seulement, soit 13 pour cent ont sensiblement reçu la quantité usuelle. Ces constatations prouvent éloquentement la propriété du largactil de potentialiser l'action des anesthésiques généraux.

Certains avancés à l'effet que le largactil employé en obstétrique aurait une action dans le relâchement musculaire du périnée, nous ont conduits à noter l'incidence de l'indication de l'épisiotomie et l'occurrence des déchirures vagino-périnéales. Douze épisiotomies furent effectuées, toutes chez des primipares. Le tableau X est la compilation des déchirures observées.

L'unique déchirure au troisième degré a suivi une épisiotomie médio-latérale. Trois des six patientes avec une déchirure du deuxième degré auraient dû recevoir une épisiotomie de par l'aspect du périnée au

moment de l'expulsion de la tête fœtale. Les déchirures du premier degré n'ont pour la plupart, requis qu'un ou deux points séparés.

Apparemment le largactil ne présente pas d'inconvénients quant à la délivrance. Le mode de délivrance fut naturel dans 75 cas, soit 97.4 pour cent, et deux patientes seulement eurent besoin d'une délivrance artificielle. La durée de la délivrance est compilée dans le tableau XI.

Nos observations se sont étendues jusqu'à la période des suites de couches. Nous avons remarqué que chez les multipares les tranchées étaient inexistantes ou très réduites. Parmi les 17 multipares, 14 n'eurent pas de tranchées ou très peu, tandis que trois seulement éprouvèrent des douleurs assez intenses pour entraîner l'administration de médicaments. En face de ces résultats surprenants, il convient de se demander s'il n'y a pas plus que simple coïncidence.

Les effets du largactil sur le nouveau-né sont considérés, sans hésitation, comme nuls puisque des 77 enfants,

70 (90.9%) ont crié spontanément à la naissance et avaient une couleur normale ;

4 (5.2%) ont présenté une apnée transitoire ;

1 (1.3%) était légèrement cyanosé et flasque à la naissance, mais a respiré après quelques minutes ;

1 (1.3%) était franchement cyanosé et vécut 2 heures et 10 minutes (souffrance fœtale avant l'accouchement) ;

1 (1.3%) était mort-né (anencéphale).

L'action antiémétique dont on fait grand état au sujet du largactil fut vérifié, sans équivoque, au cours de cette étude. En effet, une seule patiente eut des vomissements dans la période de recouvrement après l'anesthésie.

Afin d'étudier l'effet de ce médicament sur la pression artérielle, celle-ci fut relevée systématiquement au début de la perfusion et vérifiée à toutes les heures pendant les trois premières heures. Dans notre désir d'obtenir des chiffres aussi significatifs que possible, nous avons tenu à ce que la pression fut toujours prise par la même personne pour chaque patiente et à un moment assez éloigné d'une contraction utérine. Dans 47 cas observés, le tableau XII présente les résultats obtenus après la première heure seulement.

TABEAU IX
Durée de l'expulsion après perfusion au largactil

NOMBRE DE CAS		1 H. OU MOINS		DE 1 H. A 2 HRS		2 HRS ET PLUS	
Série I	Série II	Série I	Série II	Série I	Série II	Série I	Série II
60	17	31 cas, 51,7%	12 cas, 70,6%	27 cas, 45,0%	5 cas, 29,4%	2 cas, 3,3%	0 cas, 0%

TABEAU X
Déchirures observées au cours de l'expulsion

DEGRÉ	NOMBRE	POURCENTAGE
1er (fourchette).....	23	29,9
2e (muqueuse et muscles).....	6	7,8
3e (complète).....	1	1,3

TABEAU XI
Durée de la délivrance (75 délivrances naturelles)

DURÉE	NOMBRE	POURCENTAGE
5 minutes.....	34	44,2
10 minutes.....	38	49,3
15 minutes.....	3	3,9

TABEAU XII
Variations de la pression artérielle après une heure de perfusion

VARIATIONS	MAXIMUM		MINIMUM	
	Moyenne	Nb. de contractions	Moyenne	Nb. de contractions
Augmentation.....	20	33	15	27
Diminution.....	15	5	10-15	5
Aucune modification.....	—	9	—	15

Les pressions artérielles qui étaient augmentées après une heure de perfusion redevenaient généralement normales durant la deuxième heure.

Enfin, presque toutes nos patientes se sont plaintes de sécheresse de la bouche, trente minutes après le début de perfusion. Elles ont aussi manifesté de la congestion nasale. Nous n'avons pas remarqué de modifications appréciables du système respiratoire.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Après l'étude approfondie de ces 77 cas, nous croyons pouvoir prétendre que le largactil est un médicament qui mérite certainement notre attention pour ses possibilités d'emploi au cours du travail. Il est avantageux à plusieurs points de vue. Il procure une bonne sédation et une bonne analgésie, voire une amnésie. Il ne ralentit pas le travail, en autant que la médication n'est pas commencée trop tôt pendant la période de dilatation. En général, la dilatation du col doit être au moins à 25 sous pour obtenir l'effet que nous attendons de ce médicament. Il permet une expulsion qui est peut-être légèrement ralentie mais très calme et ne requérant qu'une faible quantité d'anesthésique.

La délivrance n'est pas modifiée et le bébé n'est nullement affecté.

L'action antiémétique du largactil est manifeste. Son influence sur le relâchement des muscles du périnée et sur les tranchées du *post partum* existe réellement.

Le mode d'administration fut l'unique source de nos difficultés. L'uniformité du débit, après la perfusion initiale, est impossible si l'on veut préserver la marche du travail. Le débit doit donc être réglé sur la qualité des contractions utérines. La tâche très onéreuse de ceux qui doivent exercer cette surveillance continue constitue un inconvénient sérieux.

Après une période de tâtonnement, pour trouver le mode d'administration le plus pratique, le procédé employé chez les dix dernières parturientes s'est avéré le plus acceptable. En effet, les 300 cm³ du départ administrés suivant la technique décrite plus haut, reposent la parturiente et préparent le col à la dilatation dont la durée est raisonnablement écourtée par l'action du pitocin adjoint. Il semble que la quantité de

pitocin alors employée est suffisante à la récupération des contractions et la conservation de leur force et leur régularité, généralement sous une bonne analgésie.

A notre avis, ce dernier mode d'administration n'est pas recommandable chez les multipares. La dilatation y est souvent trop avancée et le travail trop rapide.

Les conclusions portées au cours de ce travail découlent de l'étude objective d'un certain nombre de cas pris au hasard et soumis à des épreuves différentes. En l'absence de cas témoins, nous nous sommes gardés de porter des conclusions trop catégoriques. Cependant, c'est notre impression que, abstraction faite des difficultés déjà mentionnées, toute étude comparative du largactil avec d'autres médicaments parmi les plus populaires pourrait être à son avantage.

Loin de nous la prétention d'avoir trouvé une panacée pour l'usage obstétrical. Nous sommes définitivement convaincus que ce médicament possède un grand nombre de propriétés favorables, mais nous réalisons qu'il reste à améliorer son mode d'administration. De même, son emploi simultané avec d'autres médicaments analgésiques, tels que le démerol, ou des extraits hypophysaires devrait être exploré.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aoustin, J., Premier cas d'éclampsie traité par l'hibernation artificielle, *Bull. féd. soc. gyn. et obst.*, **5** : 30, 1953.
 2. Laborit, H., Sur l'emploi des ganglioplégiques en pathologie obstétricale, *Presse méd.*, **60** : 140, (2 fév.) 1952.
 3. Lacomme, M., Laborit, H., Chabrun, J., Boreau, Th., et David, J., Note sur un essai d'hibernation en thérapeutique néonatale, *Bull. féd. soc. gyn. et obst.*, **4 bis** : 643, 1952.
 4. Lacomme, M., Laborit, G., Le Lorier, G., et Pommier, M., Note sur un essai d'analgésie obstétricale potentialisée par association de Dolosal et de 4560 R.P. en perfusion intraveineuse. Étude de 175 cas, *Bull. féd. soc. gyn. et obst.*, **4 bis** : 558, 1952.
 5. Rouchy, R., Les vomissements incoercibles de la gestation et la cure de sommeil. Utilisation du 4560 R.P., *Presse méd.*, **60** : 1324, (14 oct.) 1952.
-

SÉDIMENTATION GLOBULAIRE DURANT LA GROSSESSE ET LA PUERPÉRALITÉ *

par

Léo GAUVREAU

chef du Service des laboratoires de l'Hôpital de la Miséricorde.

Nous désirons rapporter dans la présente communication les résultats d'une étude statistique de la sédimentation globulaire chez la femme enceinte depuis le troisième mois de la grossesse jusqu'au vingtième jour de la puerpéralité.

Les 723 épreuves de sédimentation qui forment le total de cette compilation furent effectuées au cours d'une période de deux ans, chez les femmes admises à la Miséricorde (*exception faite des patientes de l'Assistance publique*), au moment de leur inscription.

La méthode de Westergreen (2) fut employée et une seule épreuve fut faite pour chaque patiente. Par cette méthode, le taux normal de la sédimentation globulaire après 60 minutes est de 0 à 20 mm pour la femme normale.

Au cours de cette étude, nous avons tenté premièrement, d'établir le taux de la sédimentation globulaire d'abord chez la primipare normale puis, ensuite, chez la multipare normale ; deuxièmement, de vérifier si l'œdème malléolaire et les infections vaginales (*trichomonas, candida, gonocoque, flores mixtes*) n'influeraient pas sur la sédimentation. Ont été

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires, le 18 mars 1955.

exclues toutes les patientes souffrant d'affections diverses, telles que tuberculose, arthrite, infections urinaires, dermatoses, tumeurs, etc.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Chez la primipare normale le taux de la sédimentation globulaire (*figure 1*), déjà élevé (24 mm) au troisième mois, augmente jusqu'au terme de la grossesse, suivant une progression qui est statistiquement significative (*tableau 1*). On remarque également que la déviation standard de la moyenne (14,5 à 17,0) demeure constante pendant toute la durée de la gestation.

Cependant, il est plus difficile d'observer cette progression de la sédimentation moyenne de mois en mois, et aussi plus difficile de la démontrer statistiquement avec notre nombre d'observations. Elle devient toutefois évidente si l'on compare, par exemple la sédimentation moyenne au quatrième, au sixième et au huitième mois.

Chez la multipare, nous assistons à la même progression mais, en raison du nombre insuffisant d'observations recueillies dans les premiers mois, notre observation est forcément limitée aux cinq derniers mois de la grossesse.

On remarquera ici qu'il n'existe pas de différence appréciable dans le taux de sédimentation si on compare la primipare et la multipare. Statistiquement, d'ailleurs, on peut démontrer entre ces deux groupes que les faibles écarts dans les sédimentations moyennes d'un même mois ne sont pas significatifs. Si, dans certains cas (*cinquième et neuvième mois*), par exemple, les valeurs obtenues chez la multipare apparaissent sensiblement supérieures aux valeurs obtenues chez la primipare, ces différences ne peuvent avoir aucune signification, premièrement, en raison de la déviation de la moyenne qui est très élevée (26, dans les deux cas) et, deuxièmement, en raison du petit nombre d'observations recueillies.

La même progression physiologique de la sédimentation se retrouve chez la multipare (*par exemple, 28, au sixième mois et 41, au huitième mois*). Comme pour les primipares cette augmentation progressive est statistiquement significative. Il semble donc inutile de séparer ces deux groupes pour fins d'expérimentation.

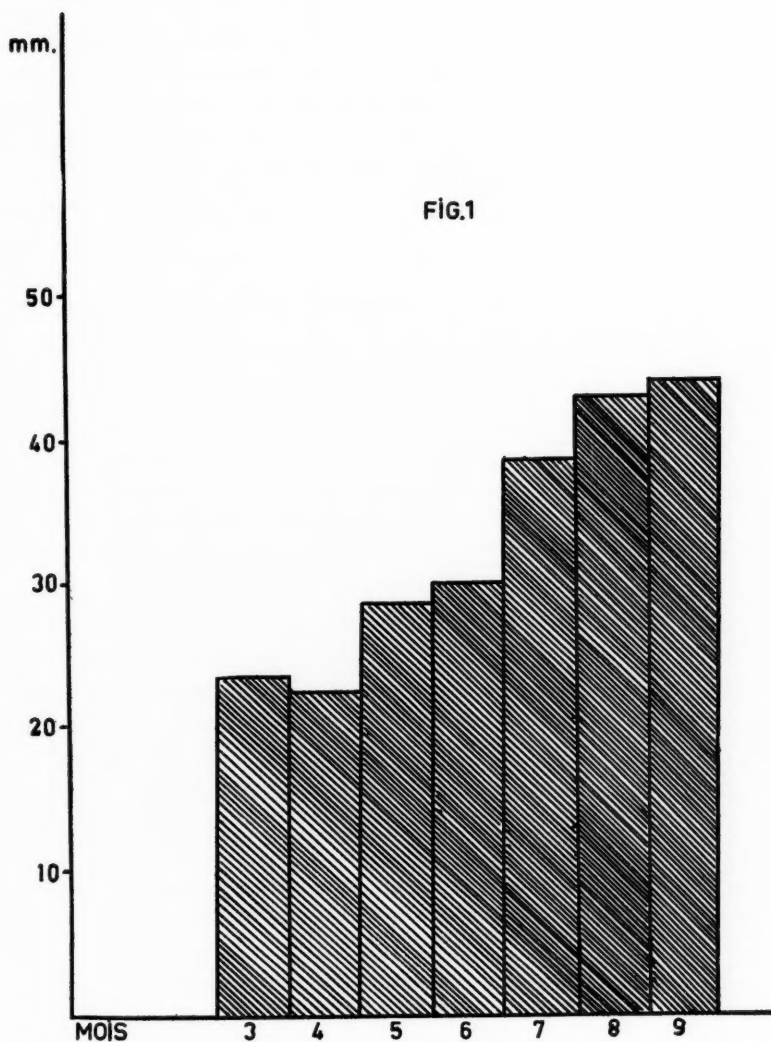


Figure 1. — Variations de la sédimentation globulaire aux cours de la grossesse chez la primipare normale.

TABLEAU I
Moyennes de la sédimentation aux différents stades de la grossesse

Mois de GROSSESSE	3	4	5	6	7	8	9
Primipares 476	(22) $24 \pm 15,4$	(42) $22 \pm 15,7$	(74) $29 \pm 14,5$	(96) $30,5 \pm 14,8$	(123) $38 \pm 17,0$	(105) $43 \pm 15,8$	(14) $44 \pm 15,5$
Multipares 78	(3)	(1)	(8) $36 \pm 26,9$	(9) $28 \pm 19,7$	(18) $40 \pm 23,8$	(34) $41 \pm 11,4$	(5) $54 \pm 26,4$
Primipares Gèdèmes 65			(4) $34 \pm 18,5$	(12) $40 \pm 18,8$	(17) $45 \pm 21,8$	(26) $40 \pm 11,4$	(6) $40,5 \pm 13,4$
Primipares Vaginites 104		(5) $36 \pm 14,8$	(16) $34,5 \pm 15,7$	(15) $50 \pm 10,9$	(31) $39 \pm 18,1$	(28) $42 \pm 10,15$	(9) $48 \pm 15,5$

Influence de l'œdème malléolaire :

Quant à l'influence de l'œdème malléolaire sur la sédimentation globulaire de la primipare, nous pouvons conclure que cette affection ne modifie en rien le taux de sédimentation puisque, malgré les différences enregistrées dans les cinquième, sixième et septième mois, nous n'obtenons aucune différence appréciable au huitième mois, le seul où le nombre de cas relevés soit suffisant et où la marge de l'erreur standard soit à peu près nulle.

Influence des infections vaginales :

Chez les primipares atteintes d'une affection vaginale, la sédimentation ne semble pas augmentée de façon significative, sauf au quatrième et au sixième mois si l'on s'en rapporte au tableau I. Mais, alors que la valeur obtenue au quatrième mois ne nous permet pas de tirer des conclusions en raison du nombre insuffisant de cas, les calculs statistiques de la différence enregistrée au sixième mois entre les taux de la sédimentation de la primipare normale et celui de la patiente infectée démontre ici un changement nettement significatif.

Sachant que les complications habituelles de la grossesse ne touchent pas le taux de sédimentation, tel que l'a démontré Hamilton (2) comment expliquer que l'infection vaginale puisse influencer sur la sédimentation globulaire au sixième mois de la grossesse seulement? Notons que l'étude statistique élimine ici les erreurs dues au hasard et que l'on doit rechercher l'explication dans le comportement même de ces patientes qui, dans la proportion de 12 sur un total de 15, affichent une sédimentation supérieure à la moyenne normale. Cette phase de la gestation serait-elle susceptible de donner à l'infection une gravité particulière du fait d'un état congestif accru? Ou pourrait-on y voir une influence des sécrétions hormonales?

Au tableau II nous avons comparé le taux de la sédimentation au terme de la grossesse avec le taux obtenu 24 heures après l'accouchement. Ici, toutes les épreuves de sédimentation effectuées avant l'accouchement furent faites au plus cinq jours avant le début du travail.

TABLEAU II

*Taux de sédimentation globulaire
au terme de la grossesse et 24 heures après l'accouchement*

N°	Avant *	Après
757	40	42
647	45	47
29	32	24
171	50	45
722	25	42
10	62	67
665	48	45
75	53	47
97	52	55
4	25	25

* Sédimentations effectuées de 0 à 5 jours avant le début du travail.

On constate donc que la délivrance n'influe aucunement sur la sédimentation puisqu'elle peut tout aussi bien augmenter que diminuer et que, dans chaque cas, à l'exception d'un seul, cette variation est négligeable.

Le tableau III groupe 15 patientes chez lesquelles des épreuves de sédimentation furent effectuées à tous les cinq jours durant la puerpéralité, jusqu'au retour à la normale. Les données recueillies ici montrent que le taux de sédimentation décroît progressivement dans les suites de couche pour revenir à la normale (0 à 20 mm après une heure) aussitôt que le dixième jour et aussi tard que le quarantième jour, suivant le taux obtenu au terme de la gestation.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. La moyenne de la sédimentation globulaire augmente progressivement au cours de la gestation, alors que la déviation standard se maintient entre 14,5 et 17,0 ;

2. La courbe de la sédimentation que nous avons obtenue contient un assez grand nombre de cas pour être significative et se superpose

TABLEAU III
Taux de la sédimentation globulaire au cours de la puerpéralité

N°	24 heures	5 jours	10 jours	15 jours	20 jours	25 jours	30 jours	35 jours	40 jours
557	75	75	62	—	—	—	—	26	15
757	42	35	34	34	24	—	—	16	12
585	39	33	31	33	23	22	18	—	10
647	47	32	40	—	23	35	—	22	—
737	48	46	—	—	30	22	24	15	—
22	45	34	25	—	36	23	14	—	—
83	44	30	20	17	—	13	14	—	—
683	30	38	—	—	19	6	—	—	—
727	20	31	20	15	14	—	—	—	—
115	46	45	41	20	16	—	—	—	—
673	16	16	20	18	10	—	—	—	—
24	24	26	19	13	—	—	—	—	—
30	40	43	30	17	—	—	—	—	—
7	39	45	26	15	—	—	—	—	—
593	31	36	18	15	—	—	—	—	—

assez bien aux valeurs établies par Hamilton (1953) avec la méthode de Wintrobe, sur un groupe de parturientes normales ;

3. Le taux de sédimentation moyen est le même chez la multipare que chez la primipare ;

4. Ni l'hydrémie gravidique, ni l'infection vaginale ne modifient la sédimentation, sauf au sixième mois alors qu'on note une augmentation statistiquement significative dans les cas d'infections vaginales ;

5. La délivrance n'influe nullement sur la sédimentation et le retour à la normale se situe entre la deuxième et la sixième semaine après l'accouchement.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAMILTON, G. M. J., *Abs. Gyn. Brit. Emp.*, **60** : 409, 1953.
2. KOLMER, J. A., SPAULDING, E. H., et ROBINSON, H. W., *Approved laboratory technic*, 5^e éd., 1951, *Appleton-Century Crafts, Inc.*, New-York.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie le docteur Guy Nadeau, d.sc., qui a bien voulu vérifier les données statistiques de ce travail.

DISCUSSION

Le docteur L. Rinfret demande si ces variations pourraient être en rapport avec les modifications du volume sanguin total au cours de la grossesse.

Le docteur Gauvreau répond qu'il n'a pas d'expérience personnelle sur la clinique et la physiologie de la femme enceinte. Il sait que le docteur Hamilton a rapporté que les œstrogènes et la progestérone augmentaient la vitesse de la sédimentation tandis que les hormones placentaires la diminuaient.

Le docteur J.-M. Delâge est appelé à donner son opinion là-dessus. Il serait surpris que l'hydrémie soit en cause parce que celle-ci devrait plutôt diminuer la vitesse de sédimentation. L'accélération serait plutôt due à l'élévation du fibrinogène qui est importante au cours de la grossesse.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES
CONCERNANT
LA PLEURÉSIE PURULENTE STAPHYLOCOCCIQUE
DU NOURRISSON *

par

Euclide DÉCHÈNE, F.A.A.P.

chef de clinique à l'Hôpital de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul

La pleurésie purulente du tout-petit présente un problème bien différent de celui de l'adulte. Vu la fréquence marquée des staphylococcies depuis quelques années et la résistance sélective des souches microbiennes aux antibiotes actuels, nous avons cru intéressant de jeter un regard d'ensemble sur la question pleuro-pulmonaire et tout spécialement sur le problème de la pleurésie purulente à staphylocoques dorés.

Nous voulons, dans cette communication, présenter nos propres constatations basées sur des observations recueillies dans le Service du professeur Donat Lapointe, à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul. La bibliographie que nous avons pu recueillir sur le sujet est plutôt restreinte. D'ailleurs, la multiplicité des échecs explique sans doute la rareté des publications car très peu d'auteurs ont l'audace de publier leurs déboires. Il n'en reste pas moins vrai que nos échecs et ceux de nos confrères sont un merveilleux et excellent moyen de perfectionnement.

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 18 mars 1955.

Au moyen de tableaux, nous exposerons les faits tels qu'ils se sont présentés à nous. Avouons tout de suite que l'empyème pleural est beaucoup plus fréquent qu'on pourrait le croire, qu'il se présente sous forme de cas isolés ou sous forme épidémique dans les agglomérations infantiles. L'épanchement pleural est souvent une découverte d'autopsie comme l'atteste le tableau I. Il se rencontre à tous les âges, à peu près également dans les deux sexes, soit 34 garçons et 27 filles, dans notre compilation.

De 1939 à 1943, lors de la première épidémie, nous avons eu trente-six cas : vingt-six cas de pleurésie à staphylocoques dorés, sept à pneumocoques et trois à streptocoques. De janvier 1952 à mars 1955, nous avons eu, comme nous venons de le signaler, soixante et un cas de pleurésie purulente à staphylocoques dorés. Comme l'affirme Brenne-mann, cette augmentation des staphylococcies ne saurait être niée malgré la baisse progressive des pleurésies à pneumocoques.

Dans la plupart des épanchements pleuraux examinés, l'identification microbienne a révélé du staphylocoque doré. Nous osons croire qu'il en eut été ainsi pour tous à cause de la promiscuité très dense qui existe dans un milieu comme le nôtre et de l'épidémie que nous traversons. Nous avons également retrouvé du staphylocoque doré dans les poumons de la plupart de nos sujets autopsiés.

Habituellement, le diagnostic clinique d'un épanchement ne comporte pas de grandes difficultés sauf dans le cas d'enfant très jeune. C'est pourquoi nous signalons quelques cas où l'examen *post mortem* a précisé le diagnostic. Il ne faut pas non plus être surpris de la fréquence des affections purulentes de l'enfance : la pathologie infantile présente parmi ses caractères généraux celui de la diffusion rapide de toute infection et de la transformation purulente et hâtive de toute sérosité.

Un des buts de notre travail est de comparer les résultats obtenus dans le traitement des pleurésies purulentes, à staphylocoques, traitées par la chimiothérapie, de 1939 à 1943, et par les antibiotiques, de janvier 1952 à mars 1955.

Ces réactions pleurales sont apparues, sauf dans deux cas, comme le montre le tableau II, chez des nourrissons, dont l'âge varie de quinze jours à neuf mois.

TABLEAU I

NOM	Date de naissance	Age	Durée de la maladie	Décès ou guérison	Autopsie	Plevre lésée	Microbe	Traitement médical	Traitement chirurgical	REMARQUES
1. Y. J. (20575)	18-1-52	1½ m.	2 sem.	D	A	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées (8) Pleurotomie après 15 jours	Diag. à l'autopsie
2. A. L. (20609)	1-2-52	1¼ m.	2 sem.	D	.....	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques et sulfas.	.....	.....
3. A. L. (20665)	17-2-52	1 m.	2 sem.	D	A	Pl. pur. g.	St. d.	Antibiotiques et sulfas.	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.	.....
4. S. E. (20534)	1-1-52	3½ ms	5 sem.	D	.....	Pl. s.-h. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	.....
5. V. J. (20560)	11-1-52	4 ms	4 jrs	D	A	Pl. s.-h. dr.	.....	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	.....
6. I. J. (20551)	5-1-52	4 ms	5 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	.....
7. S. J. (20539)	29-12-51	3¾ ms	2 sem.	D	A	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées — dernière : 400 cc.	.....
8. C. L. (20714)	13-3-52	1½ m.	3 sem.	D	.....	Pl. s.-h. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.	.....
9. F. M. (20823)	22-4-52	1 m.	2 sem.	D	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées (7). Varidase intrapleurale.	.....
10. E. M. (20788)	11-4-52	5 ms	4 jrs	D	A	Pl. s.-h. g.	.....	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	Diagn. à l'autopsie
11. G. M. (20863)	27-4-52	4½ ms	6 jrs	D	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.	.....
12. A. R. (21143)	27-8-52	1½ m.	2 sem.	D	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	.....
13. A. R. (21148)	30-8-52	1½ m.	5 jrs	D	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	.....
14. B. R. (21225)	12-10-52	3 sem.	5 sem.	D	.....	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.	.....	.....
15. C. S. (21255)	1-11-52	1½ m.	6 jrs	D	.....	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.	.....	.....
16. N. P. (21016)	4-7-52	5¼ ms	2 jrs	D	A	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées.	.....
17. V. R. (21114)	14-8-52	4 ms	10 jrs	D	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.	.....
18. W. R. (21125)	19-8-52	3¾ ms	12 jrs	D	.....	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques.	.....	.....

TABLEAU I (suite)

NOM	Date de naissance	Age	Durée de la maladie	Décès ou guérison	Plevre lésée	Microbe	Traitement médical	Traitement chirurgical	REMARQUES
19. C. R. (21242)	23-10-52	2 sem.	1½ m.	D	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques.....	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.....	.....
20. A. R. (21167)	14- 9-52	2 ms	1½ m.	D	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques.....	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.....	.....
21. E. T. (21358)	20-12-52	2 ms	2 jrs	D	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
22. R. A. (21154)	1- 9-52	1½ m.	2 ms	G	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques et auto-antibiotiques.....	.....	.....
23. R. V. (21116)	15- 8-52	3¼ ms	1½ m.	G	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
24. L. D. (22082)	8- 9-53	3 sem.	2 jrs	D	Pl. s-h. dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
25. F. C. (21969)	28- 7-53	1 m.	3 jrs	D	Pl. s-h. g. et dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
26. R. B. (21681)	22- 4-53	1 m.	3 jrs	D	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
27. J. A. (21478)	8- 2-53	1 m.	3 jrs	D	Pl. pur. g. et dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
28. J. A. (21485)	11- 2-53	1 m.	2 jrs	D	Pl. p. g. et dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
29. L. A. (21524)	17- 2-53	1 m.	3 jrs	D	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
30. J. B. (21572)	29- 3-53	1 m.	4 jrs	D	Pl. s-h. g. et dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
31. O. B. (21586)	25- 3-53	1 m.	2 jrs	D	Pl. s-h. g. et dr.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
32. J. D. (22074)	4- 9-53	3 sem.	2 jrs	D	Pl. s-h. g.	.....	Antibiotiques.....	.....	.....
33. F. C. (21972)	30- 7-53	2 m.	10 jrs	G	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.....	Ponctions pleurales répétées. Varidase intrapleurale.....	Diagn. à l'autopsie Diagn. à l'autopsie Diagn. à l'autopsie
34. G. A. (22376)	13- 1-54	4 m.	6 jrs	D	Pl. s-h. dr.	.....	Antibiotiques et largactil.....	.....	.....
35. G. B. (22396)	20- 1-54	9 ms	2 jrs	D	Pl. pur. g.	St. d.	Antibiotiques et largactil.....	.....	.....
36. G. D. (22460)	14- 2-54	3 sem.	1 m.	D	Pl. pur. dr.	St. d.	Magnamycine, Antitoxine staphyloc., sulfas et largactil.....	.....	Chloro. intrapéritonéale Pyo-pneumo. droit
37. G. F. (22501)	24- 2-54	1 m.	6 jrs	D	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.....	Ponctions pleurales.....	.....

TABLEAU I (suite)

NOM	Date de naissance	Age	Durée de la maladie	Décès ou guérison	Aus- top- sie	Pièvre légère	Mi- crobe	Traitement médical	Traitement chirurgical	REMARQUES
38. L. H. (22606)	20- 3-54	3 ms	9 jrs	D	A	Pl. h. dr	.....	Antibiotiques et largac- til	Drainage ouvert par ca- théter après 9 jours	.....
39. L. H. (22610)	22- 3-54	3 ms	10 jrs	D	A	Pl. pur. g. et dr.	.....	Antibiotiques, sulfas et largac-til	Ponctions pleurales.....	.....
40. L. L. (22637)	29- 3-54	3 ms	1 ½ m.	D	A	Pl. pur. d.	St. d.	Antibiotiques et largac- til	Drainage ouvert par ca- théter après 15 jrs	Pyo-pneumo droit
41. L. L. (22655)	4- 4-54	6 ms	2 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques et largac- til	.....	.....
42. M. A. (22932)	14- 7-54	2 ms	2 jrs	D	A	Pl. pur. g. et dr.	St. d.	Antibiotiques et largac- til	.....	.....
43. L. L. (22652)	1- 4-54	2 ms	4 ms	G	.....	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques et sulfas et auto-vac-til	Varicelle intra-pleurale Drainage ouvert par cathéter après 18 jours	.....
44. G. A. (22323)	22-12-53	9 ms	3 ms	G	.....	Pyo-pneumo, droit.	St. d.	Antibiotiques, sulfas et largac-til	Drainage ouvert par ca- théter après 17 jours	(Dr L.-P. Leclerc)
45. R. D. (22648)	26- 4-53	17 ms	2 ½ ms	G	.....	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques et largac- til	Drainage ouvert par ca- théter après 11 jours	.....
46. J. C. (22427)	4- 2-54	1 m.	3 ms	G	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques et sulfas, antioxime staphylococ- ces.	Drainage ouvert par ca- théter après 6 semai- nes.	.....
47. S. N. (23343)	7- 1-55	2 sem.	6 jrs	D	A	Pl. pur. g. Péricardite	.....	Antibiotiques	.....	.....
48. E. M. (23050)	29- 8-54	4 ½ ms	2 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques et corti- sone	.....	.....
49. P. R. (23291)	17-12-54	3 sem.	3 jrs	D	A	Pl. pur. g. et dr.	.....	Antibiotiques	.....	.....
50. L. B. (23246)	1-12-54	1 ½ m.	7 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques	.....	.....
51. G. P. (23103)	21- 9-54	4 ms	2 jrs	D	A	Pl. pur. g. et dr.	.....	Antibiotiques et largac- til	.....	.....
52. C. M. (22972)	28- 7-54	5 ½ ms	10 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques et largac- til	Ponctions pleurales ré- pétées	.....
53. C. J. (22421)	1- 2-54	11 ms	9 jrs	D	A	Pl. pur. g.	.....	Antibiotiques	.....	.....
54. C. M. (22987)	1- 8-54	5 ½ ms	7 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques et largac- til	.....	.....

TABLEAU I (suite)

NOM	Date de naissance	Age	Durée de la maladie	Décès ou guérison	Autopsie	Pneumonie	Microbe	Traitement médical	Traitement chirurgical	REMARQUES
55. S. H. (22811)	31-5-54	8 ms	1 m.	G	.....	Pl. pur dr.	St. d.	Antibiotiques.....	Ponction pleurales répétées, 21 jours par Dr L.-P. Leclerc	.....
56. J. P. (23168)	26-10-54	2 ½ ms	2 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques et largac-til.....	Varidase intrapleurale.	.....
57. M. R. (23231)	24-11-54	2 ½ ms	2 jrs	D	.....	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.....	Ponctions pleurales.....	.....
58. J. P. (23166)	27-10-54	3 ½ ms	3 jrs	D	A	Pl. pur. dr.	.....	Antibiotiques.....	Varidase intrapleurale.	.....
59. S. N. (23342)	6-1-55	1 m.	1 m.	G	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques et largac-til.....	Drainage ouvert après 24 jrs par Dr L.-P. Leclerc	.....
60. J. P. (23185)	4-11-54	2 ½ ms	7 jrs	G	.....	Pl. pur. g.	St. d.	Antibiotiques et largac-til.....	Drainage ouvert après 19 jrs	.....
61. M. R. (23232)	24-11-54	1 ½ m.	10 jrs	G	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques et largac-til.....	Ponctions pleurales répétées.....	.....

TABEAU II
Distribution des malades selon leur âge

Nombre de malades	AGE EN MOIS										
	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	17	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3
}	1939-1943										
	7	20	5	11	7	4	1	—	2	—	—

TABEAU III

NOM	Date de naissance	Age	Durée de la maladie	Décès ou guérison	Autopsie	Pièvre lésée	Microbe	Traitement médical	Traitement chirurgical	REMARQUES
L.D. (53531)	23- 5-51	5 ms	19 jours (3 au 22 nov. 1951)	G	1	Pl. pur. g.	St. d.	Antibiotiques et varidase intrapleurale.....	Costotomie le 5 nov. par Dr R. Cauchon, après 17 jrs d'évolution (drainage ouvert).....	.....
R. P. (66664)	1- 9-53	9 ms	18 jours (28 mai au 15 juin 1954)	G	.....	Pl. pur. dr.	St. d.	Antibiotiques et varidase intrapleurale.....	Costotomie le 31 mai par Dr V. Gauthier, après 24 jrs d'évolution (drainage fermé).....	.....
M. L. (65217)	3-11-53	3 ms	36 jours (14 fév. au 22 mars 1954)	G	.....	Pl. pur. g.	St. d.	Antibiotiques, varidase intrapleurale et largacil.....	Costotomie le 18 fév. par Dr V. Gauthier, après 18 jours d'évolution (drainage fermé).....	.....
Y. B. (65684)	29- 1-54	2 ms	7 jours (29 mars au 6 avril 1954)	D	A	Pl. pur. dr.	St. d.	.....	.....	.....
J. P. (69072)	5-10-54	1 ½ m.	1 jour (16 nov. 1954)	D	A	Pl. pur. g.	St. d.	.....	.....	.....

Il est à noter immédiatement la forte proportion des sujets de moins de trois mois : 43 sur 61, soit 70 pour cent.

Le déficit d'anticorps personnels ou la survie trop brève des anticorps staphylococciques maternels chez l'enfant des premiers mois en seraient-ils les causes? Si, au moyen d'un filtrat staphylococcique, comme l'ont fait Kobak et Pilot, nous recherchons la sensibilité cutanée au staphylocoque, nous nous apercevons que le nouveau-né réagit négativement contrairement à sa mère. Vers trois mois, trois pour cent des nouveau-nés réagissent positivement, à quatre mois, cinq pour cent et, vers un an, 75 pour cent. Bryce et Burnet ont constaté la même progression dans la formation des antihémolysines staphylococciques du sérum. Il est vrai que l'épreuve cutanée pas plus que le titrage d'antihémolysines staphylococciques ne sont des épreuves d'immunité, mais il faut avouer qu'elles concordent et nous expliquent assez bien la forte mortalité des premiers mois.

L'âge de l'apparition de la pleurésie n'est pas en fonction du poids. Les soixante et un bébé de notre statistique ont tous présenté un épisode pulmonaire à forme pneumonique ou broncho-pneumonique avec des signes fonctionnels plus ou moins marqués ; ce qui confirme l'étiologie primitivement pulmonaire de tous ces épanchements. La plupart de nos malades, les deux tiers, ont localisé leur épanchement dans la plèvre droite (38 à droite, 14 à gauche et 9 des deux côtés) ; ce qui plaide également en faveur d'une étiologie pulmonaire primitive, car nous savons que les pneumopathies infantiles sont plus fréquentes à droite qu'à gauche en raison des conditions anatomiques spéciales à l'enfant. Certains anatomo-pathologistes avaient cru un temps à la possibilité d'infections pleurales primitives. Brennemann est très catégorique sur ce point : il affirme que l'empyème pleural n'est jamais primitif.

Jusqu'en 1952, nous traitions nos pleurétiques de la façon suivante : isolement, tonicardiaques, sulfamidés de toutes sortes, transfusion, plasma, autovaccin, anatoxine staphylococcique, ponctions décompressives ou drainage chirurgical plus élaboré. De janvier 1952 mars 1955, une fois le diagnostic posé par l'examen clinique ou par la ponction pleurale et l'échantillon de pus prélevé pour examen bactériologique,

nous avons remplacé les sulfamidés par les antibiotiques de toutes sortes administrés par voie buccale, intraveineuse, intramusculaire ou même intrapéritonéale, selon le cas et d'après l'antibiogramme, associés à de la varidase intrapleurale quand le pus était trop épais. Dans nos derniers cas, un neuroplégique a été ajouté à la thérapeutique précitée. Nous nous sommes beaucoup servis pour drainage chirurgical, d'un cathéter de polyéthylène que nous avons abandonné depuis, à cause du peu de résistance de ce matériel, pour en adopter un de plus gros calibre et plus résistant à la compression costale.

Ces produits prometteurs qu'étaient les antibiotiques nous ont-ils été d'un précieux secours? Devons-nous les préférer aux sulfamidés? Sur un total de 61 cas, nous avons eu 50 décès (82%) et 11 guérisons (18%), dont huit cas drainés chirurgicalement, alors qu'en 1939-1943 nous avons eu une mortalité de 92,2 pour cent chez des pleuraux du même âge traités par les sulfamidés. En somme, peu de différence. Notons en passant que les antibiotiques même s'ils ont diminué le nombre des affections pulmonaires, ce qui n'est pas bien sûr, n'en ont sûrement pas enrayé ou même diminué les complications pleurales et, comme preuve, signalons le nombre élevé de pleurésies purulentes observées dans un milieu comme le nôtre.

Quant à la durée de la maladie chez les sujets décédés, elle fut en moyenne de 10,5 jours et, chez les guéris, de 53,9 jours, avec des extrêmes de dix jours à trois mois. Par conséquent, ceux qui ont survécu dans une agglomération aussi dense, l'ont fait après environ deux mois de lutte ardente grâce, dans la plupart des cas, à un drainage exécuté après deux à trois semaines d'évolution : ce qui nous a semblé le moment idéal pour l'intervention.

Notre expérience nous a prouvé qu'un épanchement hémorragique ou sérohémostatique chez un petit bébé est presque toujours mortel malgré tout drainage, quel qu'il soit. Quant à ce mode de traitement, notre préférence va au drainage chirurgical par pleurotomie ou costotomie, selon le cas, drainage de préférence fermé comme semblent le prouver les cas déjà énumérés et quelques observations personnelles recueillies dans le Service de pédiatrie de l'Hôpital Saint-François-d'Assise (tableau III).

Résumons en disant que le pronostic de la pleurésie à staphylocoques chez le tout jeune enfant dépend de plusieurs facteurs :

- a) L'âge du patient (c'est le facteur le plus important, à notre avis, dans les conditions actuelles) ;
- b) Le moment auquel le drainage est pratiqué ;
- c) Le genre de drainage ;
- d) La virulence plus ou moins marquée du staphylocoque : ce qui fait dire à certains auteurs qu'il existe de bonnes et de mauvaises années ; dans les agglomérations, le repiquage intensifie la virulence microbienne ;
- e) La résistance accrue aux antibiotiques.

Notons bien qu'il n'existe aujourd'hui, malgré les sulfamidés et même les antibiotiques les plus récents, aucune thérapeutique médicale ou chirurgicale spécifique qui soit capable d'enrayer cette haute mortalité chez les tout jeunes pleurétiques, surtout dans les premiers mois de la vie. Le traitement est d'autant plus complexe que l'enfant est plus jeune et nécessite une collaboration médico-chirurgicale.

Pour le moment, à la phase aiguë, la thoracentèse n'a pas son indication à moins de signes compressifs cliniquement et radiologiquement diagnostiqués. Le traitement médical a toute sa raison d'être comme traitement d'attaque et d'attente chez les plus vieux comme chez les tout jeunes. Après deux à trois semaines d'évolution, lorsque la phase aiguë est passée, il y a lieu de drainer par des ponctions aspiratrices répétées, une pleurotomie ou une costotomie en y associant un neuroplégique.

Les antibiotiques, pas plus que les sulfamidés, n'ont donné les résultats tant désirés, tant rêvés. Des médicaments nouveaux, connus sous le nom de neuroplégiques, nous redonnent un nouvel espoir car ils neutralisent ou ralentissent l'effet toxique ou mieux la résorption des liquides purulents qui, en somme, déterminent la mort beaucoup plus que l'intervention chirurgicale elle-même car ces malades meurent beaucoup plus comme des intoxiqués que comme des choqués opératoires. L'avenir nous dira si nos prédictions seront plus heureuses que celles établies lors de l'arrivée bouleversante des antibiotiques sur lesquels nous avions trop compté.

BIBLIOGRAPHIE

1. DÉCHÊNE, E., Contribution à l'étude de la pleurésie staphylococcique chez l'enfant des six premiers mois, *Laval méd.*, **9** : 341, (juin) 1944.
2. GAUVREAU, L., LAPOINTE, D., et JACOB, D., Étude clinique d'un nouvel antibiotique : le Magnamycin dans les staphylococcies de l'enfant, *Laval méd.*, **19** : 732, (juin) 1954.

DISCUSSION

Le docteur Gauvreau souligne que le plus haut taux de mortalité est survenu vers un mois. La vulnérabilité de cet âge peut s'expliquer par le fait, constaté par des auteurs scandinaves, que les anticorps d'origine maternelle diminuent rapidement pour disparaître complètement de la troisième à la quatrième semaine. Le titrage des anticorps fabriqués par l'enfant monte lentement par la suite.

Le docteur de la Broquerie Fortier ajoute que ce peu d'anticorps reçus de la mère n'est pas toujours spécifique des microbes contre lesquels l'enfant doit se défendre et qu'il doit tout apprendre de l'immunité pour se fabriquer ses propres anticorps. Plus il est jeune, plus il est en danger. Il est incontestable qu'il est inutile de s'attarder à la pénicilline et à la streptomycine. On peut espérer quelques résultats de l'érythro-cine et, surtout, de la chloromycétine qu'il vaut mieux donner par la voie intraveineuse au début. Il reste encore la question de la toxicité contre laquelle les neuroplégiques apportent une arme de plus.

Le docteur R. Thibodeau fait remarquer que les staphylococcies pulmonaires sont venues remplacer les abcès et les pyodermes chez les enfants de moins de six mois, surtout avant trois mois. Il a constaté lui aussi, comme le confirme l'antibiogramme, que la chloromycétine est l'antibiotique le plus souvent efficace. Il faut compter aussi sur une collaboration médico-chirurgicale étroite. A l'Hôpital du Saint-Sacrement, où le milieu est plus favorable parce que moins surpeuplé, grâce à l'utilisation de la chirurgie thoracique, la mortalité n'est pas tellement élevée.

Le docteur Yves Rouleau demande si la décroissance de l'immunité est la même chez l'enfant nourri au sein.

Le docteur Ls-Ph. Roy mentionne que si l'épanchement apparaît rapidement et si le développement de l'infection se fait comme dans l'ostomyélite, il doit y avoir intérêt à drainer le plus tôt possible.

Le docteur Gaumond est curieux de savoir quelle variété d'anatoxine a été employée. Avant la guerre, en thérapeutique dermatologique, il a toujours accordé sa préférence à l'anatoxine Ramon originale de l'Institut Pasteur qui donnait des réactions locales, même générales, mais qui était efficace, tandis que les anatoxines ou toxoïdes américaines, trop purifiées, ne donnaient ni réaction, ni grand résultat. Toutefois, depuis la guerre, on ne peut plus se procurer l'anatoxine Ramon.

Le docteur Gaumond demande s'il n'y aurait pas lieu de donner préventivement de l'anatoxine dès la naissance pour relever le taux des anticorps et augmenter les moyens de défense.

Le docteur Dechène répond au docteur Rouleau qu'en effet les staphylococcies pulmonaires tout comme les autres infections étaient nettement plus rares chez les enfants nourris au sein.

Il dit au docteur Roy que l'épanchement se fait d'autant plus rapidement que l'enfant est plus jeune et si rapidement qu'il reste le plus souvent sérohémorragique ou séropurulent, la mort survenant précocement avant qu'il soit devenu purulent. On en a retiré jusqu'à 400 cm³ par jour, ce qui est énorme. La prévention n'a pas semblé tellement efficace. On a préparé localement des vaccins qui ont procuré une certaine protection.

Pour plus de détails, il cède la parole au docteur Gauvreau qui ajoute que l'âge ne semble pas important pour la vaccination. Les vaccins utilisés ont remonté le titrage des agglutinines mais les antitoxines n'ont pas été dosées. Il est encore difficile de se prononcer sur la valeur de ces vaccins parce que le nombre des vaccins n'est pas assez considérable et que, souvent, on perd de vue les enfants qui en ont reçu.

LES STAPHYLOCOCCIES CUTANÉES ET LEUR TRAITEMENT PAR LA DYNAMYCINE *

par

De la Broquerie FORTIER, Yves COSSETTE, et David JACOB

du Service de pédiatrie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

Depuis quelques années, tous les centres pédiatriques, européens et américains, sont aux prises avec le problème, à la fois clinique et thérapeutique, que pose le staphylocoque, ce microbe aux multiples variétés. Les localisations anatomiques des staphylococcies sont nombreuses et diverses ; leurs formes cliniques, aiguës, et leur évolution tenace et, fréquemment, dramatique. Aussi, leur thérapeutique subit-elle encore des oscillations dans ses modalités et dans ses résultats.

Tous ces problèmes se sont posés chez nous, en nos divers milieux hospitaliers, avec une telle acuité que, dès 1950, nous devions, devant leurs manifestations diverses, chercher une thérapeutique efficace des staphylococcies afin d'en réduire, à la fois, le taux de morbidité et de mortalité.

Nombreux furent, au début, les échecs ; stimulants, toutefois, étaient les succès. Aujourd'hui, le problème des staphylococcies demeure aigu : leurs manifestations mortelles et leurs localisations pleuro-pulmonaires dans la première enfance sont encore trop fréquentes. L'un de nous (de la B. F.) en exposait, en novembre dernier, devant

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 15 avril 1955.

les membres de la Société de pédiatrie de Québec, les principales modalités cliniques et en révélait l'étonnante gravité.

Au cours de cette étude particulière, comme bien d'autres auteurs, nous fûmes frappés par la fréquence extrême des manifestations cutanées, précédant presque toujours celles de l'appareil pulmonaire. Ce fait nous incita à entreprendre un traitement intensif, concerté, de toutes les manifestations cutanées infectieuses survenant dans notre Service, ou des cas qui y seraient amenés.

Nous désirons rapporter les résultats que nous avons obtenus en présence des staphylococcies cutanées traitées selon une technique nouvelle, différente par certains points de celle que nos collègues, les docteurs Gauvreau, Lapointe et Jacob avaient employée à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul, et dont les résultats excellents furent rapportés devant cette Société en décembre 1953.¹

MODE ET VOIES D'ADMINISTRATION

A la fin d'octobre 1954, nous entreprenions nos premières recherches thérapeutiques avec la dynamycine². Nous n'avions alors à notre disposition que des capsules titrées à 100 mg. Quelque temps après, en décembre, nous recevions de la poudre chocolatée, titrée à 50 mg à la cuillerée à thé.

Au début, notre mode d'administration était le suivant : la poudre extraite des capsules était dissoute dans du sirop de cerises à la concentration de 50 mg à la cuillerée à thé. Cette solution donnée généralement toutes les 3 ou 4 heures, était administrée par deux techniciennes, une de jour et l'autre de nuit, dans le but de réaliser au mieux l'administration totale de la dose prescrite et selon une technique uniforme. Ce point particulier nous apparut comme essentiel, afin de réduire au minimum la perte sur le linge de l'enfant, de quelques gouttes du médicament et, surtout, afin d'éviter son rejet par l'enfant au cours de la prise elle-même.

1. GAUVREAU, L., LAPOINTE, D., et JACOB, D., Étude clinique d'un nouvel antibiotique, le Magnamycin, dans les staphylococcies de l'enfant, *Laval méd.*, 19 : 731-740, (juin) 1954.

2. Nom de commerce de la Carbomycine de la Maison Desbergers, Ltée.

Lorsque nous possédâmes la poudre chocolatée, elle fut administrée dissoute dans le lait des boires par le personnel infirmier préposé à chaque enfant. La surveillance de la prise totale du boire demeurait nécessaire. Cette nouvelle méthode nous a paru supérieure à la première et de combien plus pratique. Selon l'une ou l'autre de ces deux méthodes, la tolérance du médicament fut complète.

En quelques circonstances, nous eûmes à utiliser la dynamycine par voie intramusculaire ou par voie veineuse. Ce mode d'emploi ne fut pas assez prolongé pour en discuter ici les résultats ou les avantages.

RELEVÉ STATISTIQUE

D'octobre 1954 à avril 1955 (6 mois), une trentaine d'enfants ont reçu de la dynamycine comme traitement de leurs staphylococcies cutanées. Cinq d'entre eux sont écartés de cette communication, car l'emploi de la médication a été chez eux trop court ou entaché d'erreurs.

Les 26 observations qui demeurent utilisables ont été groupées sous six chefs différents :

Le groupe A comprend les folliculites superficielles et profondes (12) ;

Le groupe B, les abcès (3) ;

Le groupe C, les adénites (4) ;

Le groupe D, les impétigos (2) ;

Le groupe E, les cellulites (1) ;

Le groupe F, des localisations diverses et associées (4).

Chacun de ces groupes mérite une étude clinique particulière.

GRUPE « A » — PYODERMITES ET FURONCLES

Première observation :

Danielle V., âgée de 2 mois, entre à l'hôpital le 25 octobre 1954 pour de multiples furoncles disséminés.

Un mois auparavant, elle présentait des lésions de pemphigus à l'abdomen, de la pyodermite aux lombes qui eurent depuis, malgré le traitement, tendance à se généraliser.

TABLEAU I
LES STAPHYLOCOCCIES CUTANÉES ET LA DYNAMYCINE
Groupe A. — *Pyodermites et furoncles*

AGE	LOCALISATION	DATE D'APPARITION	DATE DU TRAITEMENT	DOSE PAR JOUR	DURÉE DU TRAITEMENT EN JOURS	DOSE TOTALE EN GRAMMES	RÉSULTAT
2 mois	Abdomen, lombes, tête (F), fosses, mem. inf. et sup.	22/9/54	25/10/54	100 mg X 6 100 mg X 4	8 8	5,4 (9 jrs) 8 (16 jrs)	Guérison. Cicatrisation complète.
4 mois	Tête	7/12/54	7/12/54	50 mg X 6 50 mg X 8	2 14	6,6	Amélioré.
5 mois	Tête (F), (15). Lombes (4).	A 1 mois Récidive 27/12/54	27/12/54	100 mg X 6 150 mg, i.m., X 1	8 1	4,9	Guérison. Récidive, 17 jours après.
2 mois	Tête (F). Menton (F)	Octobre	22/11/54	50 mg X 6	10	3,0	Guérison.
1 mois	Otite lat., tête (F), abdomen (F).	14/11/54	17/11/54	50 mg X 6	9	2,7	Guérison.
4 mois	Récidive : tête (10)	17/2/55	18/2/55	200 mg X 6 100 mg X 6	5 1	6,6	Guérison.
6 mois	Tête (F).	15/10/54	7/12/54	50 mg X 6 50 mg X 4 50 mg X 3	8 2 2	3,1	Guérison.
3½ ans	Cuisse. Récidive.	20/10/54 9/11/54	22/10/54 9/11/54	150 mg X 6 100 mg X 6 100 mg X 6 150 mg X 4	6 2 3 3	6,6 4,5	Guérison. Guérison.
2½ mois	R., paréto-occipitale g.	20/12/54 (A 1 mois)	5/2/55	100 mg X 8 100 mg X 6 100 mg X 4	4 2 1	4,8	Guérison (6 jours).

3 mois	Occiput, menton,	15/2/55	14/3/55	50 mg X 4	5	1,0	Guérison (5 jours).
5 mois	Tête.	?	22/3/55	100 mg X 6	8	4,8	Guérison (8 jours).
4 mois	Tête, tronc,	1/2/55	19/3/55	50 mg X 8 100 mg X 8	11 6	9,0	Guérison (7 jours).
6 mois	Tête.	7/3/55	17/3/55	50 mg X 8 50 mg X 4	6 2	5,6	Guérison.

Groupe B — Absès

22 mois	Grandes lèvres, fesse droite,	17/11/54	17/11/54	100 mg X 6	6	3,6	Guérison.
18 mois	Fesse gauche.	11/12/54	11/12/54	100 mg X 4 100 mg X 6	7 5	5,8	Guérison.
21 mois	Jambe droite, poignet droit.	20/1/55	20/1/55	50 mg X 6 100 mg X 6	7 11	8,7	Guérison.

Groupe C — Adénites et adénophlegmons

14 mois	Péri-auriculaire ant. gauche.	2/11/54	5/11/54	50 mg X 4	5	1,0	Guérison.
15 mois	A. cervicale lat. gauche.	1/1/55	17/1/55	200 mg X 6	9	7,2	Ouverture antérieure. Guérison.
12 mois	Sous-max. gauche.	14/1/55	19/1/55	50 mg X 6	12	3,6	Guérison (12 jours).
11 mois	A. cervicale lat. gauche.	12/3/55	19/3/55	100 mg X 4 100 mg X 3	6 2	3,0	Guérison (8 jours). Ouverture, récidive.

TABLEAU I (suite)
LES STAPHYLOCOCCIES CUTANÉES ET LA DYNAMYCINE
Groupe D — *Impétigos*

AGE	LOCALISATION	DATE D'APPARITION	DATE DU TRAITEMENT	DOSE PAR JOUR	DURÉE DU TRAITEMENT EN JOURS	DOSE TOTALE EN GRAMMES	RÉSULTAT
21 mois	Tête.	8/1/55	12/1/55	100 mg \times 4 200 mg \times 4	2 8	7,2	Guérison.
4 mois	Face, tête.	22/12/54	12/1/55	50 mg \times 7 100 mg \times 7	7 7		B.-pneum., décès.

Groupe E — Cellulite							
11 ans	Nuque, r. cer. sup.	8/1/55	20/1/55	300 mg, i.v. 100 mg, os. \times 6 250 mg, os. \times 3	1 7 4	9,0	Guérison.

Groupe F — Divers							
6 mois	Pharyngite	13/1/55	17/1/55	50 mg \times 4 100 mg \times 4	1 14	5,4	Guérison, rechute.
1 ½ mois	Adénite ing., folliculite, pemphigus ; récédive : pyodermite, pemphigus	15/10/54 5/11/54	23/10/54 5/11/54	100 mg \times 6 50 mg \times 4 50 mg \times 3	6 2 3	3,6 0,95	Guérison. Guérison.
5 ½ mois	Pyodermite, furoncles, abcès, B.-pneumonie.	24/1/55 3/2/55	31/1/55 4/2/55	100 mg \times 8 100 mg \times 8	5 1	4,8	B.-pneum.
5 semaines	Folliculite, (tête), Impétigo (tête).	20/2/55	5/3/55 21/3/55	chlro. seule 50 mg \times 4 pommade érythrocline	6 6	1,2	Guérison.

Lors de son hospitalisation, nous constatons, à la tête, plusieurs furoncles de la grosseur d'un gros pois, à l'occiput, et quelques autres, aux pariétaux ; au menton, un furoncle de même grosseur ; à la région dorso-lombaire, cinq lésions de furoncle ; à la fesse droite, plus d'une douzaine de furoncles, dont quelques-uns sont en état de nécrose ; aux membres inférieurs et supérieurs, quelques éléments de même nature ; au tronc, quelques éléments de pyodermite.

L'état général est fortement altéré et nous notons que l'enfant a de petits accès de toux. L'examen pulmonaire ne révèle cependant aucun signe d'atteinte broncho-alvéolaire. Le jour même, la dynamycine est préconisée à la dose de 100 mg aux quatre heures. L'identification microbienne révèle du staphylocoque doré et l'antibiogramme est positif à 20 mg et fortement positif à 50 mg de dynamycine.

Le 28 octobre, soit trois jours après le début du traitement, l'amélioration des lésions est déjà importante, la purulence des furoncles est fortement atténuée, l'apparence nécrotique est moins marquée, certains petits éléments de folliculite sont cicatrisés. On parle d'une amélioration spectaculaire. Le 4 novembre, neuf jours après le début de l'administration de la dynamycine, tous les éléments sont à l'état cicatriciel.

Nous venions d'assister à la fonte rapide des abcès, à leur disparition de plus en plus complète chaque jour, et à leur cicatrisation sous l'aspect d'une lyse cellulaire sans perception tactile d'un sillon d'élimination ni d'un état de sclérose.

Le 10 novembre, 16 jours après le début, nous cessons la dynamycine qui, depuis le 2 novembre, était administrée à la dose de 100 mg aux six heures. Nous avons persisté à l'employer jusqu'à la disparition complète de toute trace de cicatrisation.

Huit grammes de dynamycine avaient suffi pour guérir totalement une infection staphylococcique disséminée, profonde, avec des abcès multiples, mais déjà, avec 5,6 g nous avons obtenu une guérison clinique.

Deuxième observation :

Michel L., âgé de 4 mois, est hospitalisé le 23 novembre 1954, en notre Service, pour diarrhée.

Le 7 décembre, 15 jours après son entrée, apparaissent pour la première fois à la tête, quelques éléments de pyodermite et une lésion de folliculite profonde. Le jour même la dynamycine est instituée à raison de 50 mg aux quatre heures.

Le 9 décembre, cette dose est portée à 50 mg aux trois heures.

Le 11 décembre, l'état purulent des furoncles est atténué. Les jours suivants, l'état demeure inchangé, mais d'autres furoncles apparaissent toujours quoique moins volumineux.

Le 17 décembre est adjoint par voie intramusculaire en deux doses égales 150 mg de dynamycine.

Le 22, on note une amélioration des abcès.

Le 23, le staphylocoque doré est toujours présent et l'antibiogramme révèle une négativité de la sensibilité à 20 mg pour la dynamycine et à 60 mg pour la terramycine, mais une forte sensibilité (++++) à 60 mg pour la chloromycétine ; la chloromycétine fait place à la dynamycine.

L'amélioration des furoncles est manifeste, mais le 27 décembre l'enfant est référé à l'Hôpital civique pour varicelle et nous le perdons de vue.

En résumé, une pyodermite et une furonculose peu améliorées par la dynamycine, par suite d'une absence de sensibilité du staphylocoque doré causal. En 16 jours de traitement, la dose administrée fut de 6,6 g.

Troisième observation :

Claude C., âgé de 5 mois, est hospitalisé le 27 décembre 1954 pour de la furonculose localisée à la région priétero-occipitale gauche et à la région lombaire.

A l'âge de un mois, il présente du pemphigus et de la folliculite. Traité par antibiotiques, il obtient certaines améliorations passagères, mais il y a toujours récurrence.

Le 27 décembre 1954, il reçoit de la dynamycine à la dose 100 mg à toutes les quatre heures.

Deux jours après, nous constatons une diminution marquée du nombre des folliculites de la tête, mais trois petits abcès devaient

être ouverts au bistouri. Le 31 décembre, 4 jours après le début, il ne persistait plus que deux petites papules à la région pariéto-occipitale gauche, toutes les autres lésions étaient complètement disparues. Nous maintenons la médication jusqu'au 4 janvier, alors que la guérison nous est apparue complète. En huit jours, nous avons employé 4,9 gm de dynamycine. Mais 17 jours après, un nouveau furoncle sur la tête fait son apparition. Par une seule injection intramusculaire de 150 mg et l'administration de 200 mg de dynamycine chocolatée par jour, nous obtenons une guérison définitive au bout de 4 jours.

Quatrième observation :

Albini D., âgé de 1 mois, entre à l'hôpital le 14 novembre 1954, pour une otite moyenne aiguë bilatérale, de l'érythème toxique et des furoncles au cuir chevelu.

Il est à noter que l'otite et l'érythème ont débuté il y a une semaine et que, à l'abdomen existent deux lésions de folliculite en voie de régression.

Le 17 novembre, l'enfant reçoit pour la première fois, de la dynamycine à la dose de 50 mg toutes les quatre heures. Le 21 novembre 1954, un nouvel élément de pyodermite fait son apparition au cuir chevelu. Le 23 novembre 1954, on constate la disparition des éléments antérieurs ; seul le dernier apparu est en voie de guérison et, le 26 novembre, la guérison est définitive. En neuf jours, la pyodermite et la folliculite étaient guéries.

L'enfant devait, deux mois plus tard, subir une arthrotomie droite et, le 17 février 1955, présenter de nouveau plusieurs éléments (8) de pyodermite et de folliculite. La médication instituée fut alors de 200 mg de dynamycine toutes les quatre heures pendant trois jours, puis de 100 mg le jour suivant. La guérison fut définitive, en six jours, avec une dose totale de 6,6 g sans la moindre intolérance.

Cinquième observation :

Sylvie B., âgée de 6 mois, entre à l'hôpital le 26 novembre 1954 pour furonculose du cuir chevelu.

Cinq semaines auparavant, elle avait présenté des folliculites profondes avec périodes d'accalmie et de reprise.

Primitivement traitée par l'anatoxine staphylococcique et du palmitate de chloromycétine, nous constatons après dix jours de traitement, une amélioration notable.

Le 7 décembre, elle reçoit de la dynamycine à raison de 50 mg toutes les quatre heures. Le 9, nous constatons une cicatrisation rapide des abcès et, le 15, la guérison est complète.

L'adjonction de la dynamycine à la thérapeutique employée antérieurement, mais discontinuée alors, nous a paru précipiter l'évolution vers la guérison de ces abcès du cuir chevelu.

Sixième observation :

Carole F., âgée de 2½ mois, est hospitalisée le 5 février 1955 pour furonculose à la région pariéto-occipitale gauche.

La maladie a débuté à l'âge de un mois, sous forme de folliculite superficielle, puis profonde ; aucun antibiotique n'a encore été administré.

A l'entrée, on constate de nombreux éléments de pyodermite, quatre gros furoncles et plusieurs lésions de folliculite superficielle, tous situés à la région pariéto-occipitale gauche.

Le microbe en cause est du staphylocoque doré et l'antibiogramme à la dynamycine est positif (++) à 20 mg.

La médication est immédiatement instituée à raison de 100 mg aux trois heures pendant les quatre premiers jours, puis aux quatre heures pour deux jours et aux six heures pour une dernière journée.

Le troisième jour, on note une amélioration considérable de la pyodermite. Le quatrième jour, il y a une disparition quasi complète de tous les éléments, et une cicatrisation déjà effectuée d'un très grand nombre. Le 11 février, 6 jours après le début, nous déclarons guérie cette importante furonculose du cuir chevelu.

En sept jours, l'enfant avait reçu 4,8 g de dynamycine.

Ces quelques cas de pyodermite et de furoncles associés, ont répondu rapidement à l'emploi de la dynamycine, et il nous a été donné de voir survenir une guérison très rapide lorsque l'infection était superficielle et, en peu de jours, huit ou dix, lorsque nous étions en pré-

sence d'une furonculose multiple voire généralisée comme dans la première observation.

GROUPE « B » — ABCÈS

Ce groupe comprend trois cas d'abcès pour lesquels la thérapeutique nous a paru approximativement de la même efficacité que pour le groupe précédent.

Septième observation :

Géraldine G., âgée de 20 mois, est admise à l'hôpital le 27 août 1954 pour poliomyélite.

Le 17 novembre 1954 apparaissent à la grande lèvre droite, un abcès et un furoncle, ainsi qu'un second abcès à la région fessière droite.

Le staphylocoque doré est très sensible à 50 mg de dynamycine.

Dès le 17, l'enfant reçoit 100 mg de dynamycine en poudre chocolatée toutes les quatre heures.

Le lendemain, l'abcès de la fesse droite est ouvert. Le 19, le furoncle et l'abcès de la grande lèvre droite sont en voie de régression. L'état inflammatoire est très diminué.

Le 23, la guérison est totale. Nous avons assisté à une lyse des éléments inflammatoires tissulaires. La patiente a reçu pendant les six jours qu'a été appliquée la thérapeutique, 3,6 g de dynamycine.

GROUPE « C » — ADÉNITES

La localisation ganglionnaire du staphylocoque est bien connue et la manifestation clinique qu'il détermine, exige une médication à la fois locale et générale. Nous eûmes à employer l'une et l'autre en plusieurs occasions, mais quatre de nos cas nous ont semblé réagir très rapidement, dès l'emploi de la dynamycine.

Huitième observation :

Line L., âgée de 11 mois, est admise dans notre Service le 18 mars 1955, pour une adénite cervicale gauche.

Le début de l'infection remonte au 12 mars, alors qu'apparaît une tuméfaction cervicale gauche, qui augmente rapidement et s'accompagne le deuxième jour d'une fièvre à 101,4°F. L'enfant reçoit toutes les quatre heures 100 mg d'érythrocline pendant quatre jours et des applications biquotidiennes d'antiphlogistine à la région de l'adénite.

Au moment de l'hospitalisation, l'adénite est du volume d'un œuf de poule, rouge, chaude au toucher, très douloureuse et fluctuante. La fièvre est à 101°F. Dès l'arrivée, nous jugeons nécessaire d'ouvrir et de drainer l'abcès ; un flot de pus en est extrait et le staphylocoque doré est sensible à 50 mg de dynamycine.

La poudre de dynamycine est donnée à raison de 100 mg aux six heures pendant six jours, et aux huit heures pendant les deux jours suivants, pour une dose totale de trois grammes.

Trois petites lésions de folliculite sont localisées au membre inférieur gauche.

Le troisième jour, l'abcès est très diminué de volume, le pansement est peu souillé.

Le 27 mars, nous considérons comme guérie cette adénite suppurée. Après huit jours de traitement l'enfant quitte l'hôpital.

Trois jours après, nous apprenons qu'une tuméfaction identique vient d'apparaître à droite. La dynamycine est reprise à raison de 100 mg toutes les quatre heures et, le 5 avril, soit six jours après le début, l'adénite est totalement disparue.

Neuvième observation :

Robert B., âgé de 14 mois, est hospitalisé le 2 novembre 1954 pour une adénite pré-auriculaire gauche.

Depuis une semaine l'enfant est traité à domicile par des applications d'antiphlogistine sans résultat appréciable. Pendant trois jours l'enfant reçoit une médication locale et du trulfacilline par voie orale. L'apparence de l'adéno-phlegmon de la joue change quelque peu, le volume diminue et une zone centrale de ramollissement s'amorce.

Le 5, à la trulfacilline, est associée de la dynamycine, à la dose de 50 mg toutes les six heures. En 5 jours, la tuméfaction est disparue.

La dynamycine associée au trulfacilline, a permis une régression plus rapide, et a assuré une guérison complète de l'adéno-phlegmon.

GROUPE « D » — IMPÉTIGOS

L'impétigo est une infection cutanée contagieuse, staphylococcique ou streptococcique, dont la thérapeutique est bien connue. Cette infection, par son étendue, oblige parfois à employer les antibiotiques. Deux de nos cas, dont l'agent microbien était du staphylocoque doré, furent traités par de la dynamycine.

Dixième observation :

Gaston L., âgé de 21 mois, est présenté dans notre Service le 12 janvier 1955 pour de l'impétigo du cuir chevelu. L'infection aurait débuté il y a quatre jours, sur des lésions de varicelle. L'antibiogramme est positif pour la dynamycine à 50 mg.

Les lésions impétigénisées siègent au cuir chevelu, au front et à la région temporale gauche. La dynamycine en poudre chocolatée est donnée à raison de 100 mg quatre fois par jour, pendant deux jours, puis à 200 mg, quatre fois par jour pendant huit jours.

Dès le quatrième jour, on note un nettoyage rapide des plaques purulentes et croûteuses. Le lendemain, plus de la moitié des lésions est considérée guérie.

Le 22 janvier, dix jours après le début, toute trace d'infection est disparue.

L'enfant a reçu en dix jours une dose totale de 7,2 g.

Onzième observation :

Il s'agit d'une enfant, Paulette D., âgée de 4 mois, qui entre dans notre Service, le 11 janvier 1955, pour de l'impétigo à la base du nez, au-dessus de l'orbite gauche et au pavillon des oreilles. Au pariétal gauche, on trouve un élément de pyodermite impétigénisé.

La maladie aurait débuté le 22 décembre dernier, par un intertrigo au cou et aux aisselles, et huit jours après apparut un érythème à la racine du nez et au-dessus de l'orbite.

Au début de janvier, des lésions de pyodermite sont apparues au cuir chevelu et une otorrhée purulente bilatérale est venue s'y ajouter. Ces lésions ont semblé régresser d'une façon satisfaisante jusqu'au moment de l'apparition des lésions d'impétigo signalées au début.

Le prélèvement des sécrétions révèle la présence du staphylocoque doré. L'antibiogramme est positif à la dynamycine à 50 mg.

Le 12 janvier, l'enfant reçoit de la dynamycine à 50 mg toutes les six heures pendant sept jours, puis à 100 mg aux six heures, pendant sept autres jours.

Le 18, on note une amélioration sensible des lésions cutanées ; le 20, l'état est stationnaire, et on prescrit une pommade à base de bacitracine à laquelle le microbe avait paru plus sensible (20 unités). Effectivement, l'amélioration est plus rapide. Le 24, les lésions sont presque complètement disparues. Dès le lendemain, cependant, des signes de broncho-pneumonie faisaient leur apparition. Divers antibiotiques furent essayés, mais en vain. L'enfant devait décéder de staphylococcie pleuro-pulmonaire.

GROUPE « E » — CELLULITES

L'infection staphylococcique se présente parfois d'une façon si diffuse, que la cellulite en est la manifestation redoutée. Nous rapportons ici l'un de ces cas qui illustre bien l'intensité qu'une telle infection peut prendre, et comment nous pûmes la juguler en peu de jours.

Douzième observation :

Jeannette B., âgée de 11 ans, entre à l'hôpital le soir du 19 janvier 1955, pour une tuméfaction diffuse de la nuque.

Le début de l'infection remonte au 8 janvier, alors que l'enfant perçut au niveau de la nuque, des douleurs lancinantes qui s'accompagnèrent bientôt de limitation des mouvements de la tête, de raideur et de violentes douleurs à la moindre mobilisation. Deux jours avant son entrée, la fièvre apparaît, atteint ce jour-là 104,5°F., s'accompagne de vomissements et de délire. On parle d'un syndrome méningé et, le 19, la malade est conduite dans notre Service.

Nous sommes alors en présence d'une enfant somnolente, immobile, figée dans une attitude de rigidité de tout l'hémicorps supérieur. La température est à 102°, le pouls à 104, la respiration dyspnéique. Il est impossible d'asseoir l'enfant.

A la région du cou, nous pouvons constater latéralement, de très nombreux ganglions hypertrophiés et légèrement douloureux. A la nuque, il existe une tuméfaction diffuse, cartonnée, rouge et très douloureuse au moindre toucher, s'étendant en haut jusqu'au milieu de l'occiput, atteignant de chaque côté les limites externes des trapèzes et couvrant à sa partie inférieure toute la région cervicale.

Le diagnostic de cellulite diffuse érysipélateoïde de la nuque est confirmé. Dès le lendemain, elle reçoit, par voie intraveineuse, 300 mg de dynamycine dans 400 cm³ de soluté mixte et 100 mg de poudre par la bouche toutes les quatre heures.

Le 21, la mobilisation de la tête est moins douloureuse, le gonflement a légèrement diminué, la rougeur s'est atténuée, l'enfant peut s'asseoir seule et surtout se maintenir dans la position assise.

Le 23, l'enfant ne se plaint guère et se dit beaucoup moins souffrante, l'état général s'est considérablement amélioré.

Le 26 janvier, sixième journée du traitement, l'induration constatée au début a fait place à une certaine souplesse, l'enfant peut mouvoir sa tête latéralement, quoique ce mouvement soit encore quelque peu limité. La palpation est facile et ne provoque une douleur que si elle est accompagnée d'une pression moyenne.

La médication, employée jusqu'à ce jour sous forme de poudre, est remplacée par des dragées à raison de 250 mg trois fois par jour, pendant quatre jours.

Le 31 janvier, nous constatons la guérison complète de la cellulite, mais conservons pour deux jours encore la dynamycine à la dose de une dragée de 250 mg par jour.

La température de 102°F. à l'arrivée s'est maintenue entre 100 et 102°F., pendant cinq jours, puis entre 99 et 101°F. les quatre jours suivants. Dès le 28, elle atteint la normale, et y demeura par la suite. Aucun trouble digestif d'intolérance ne fut constaté.

En 13 jours de traitement, l'enfant reçut 9 g de dynamycine. L'évolution très favorable de cette cellulite diffuse sous l'influence d'une telle thérapeutique en impose, croyons-nous, au plus sceptique des thérapeutes.

GROUPE « F » — LOCALISATIONS DIVERSES ET ASSOCIÉES

Un certain nombre de nos observations révélèrent des localisations staphylococciques de nature diverse et associées.

Treizième observation :

Une pharyngite aiguë dont l'agent microbien était un staphylocoque doré, traitée pendant quelques jours par des sulfamidés et de la pénicilline, s'est amendée en quatre jours, dès l'institution de la dynamycine, mais a repris cinq jours après, pour disparaître en cinq jours d'un nouveau traitement. La médication a dû être de 14 jours, pour venir à bout d'une telle infection.

Quelques cas de pemphigus, de pyodermite et d'abcès associés ont été améliorés et guéris dans les limites mêmes des observations précédentes.

Une dernière observation a trait à une staphylococcie cutanée, à laquelle a succédé une staphylococcie pleuro-pulmonaire.

Quatorzième observation :

Line L., âgée de 5½ mois, entra à l'hôpital le 31 janvier 1955, pour un volumineux abcès du cuir chevelu et un coryza citrin.

Jumelle née à 8 mois, elle présente une intolérance au lait de vache qui persiste encore, quoique atténuée. Une semaine avant cette ré-hospitalisation, l'enfant présenta à domicile, quelques lésions de pyodermite du cuir chevelu qui s'agglomérèrent pour former, au moment de son hospitalisation un abcès oblong de cinq cm de longueur, sur 1,5 cm de largeur, à l'occiput. L'abcès est ouvert et un flot de pus en est extrait. Le staphylocoque doré en est l'agent causal.

Le même jour, l'enfant reçoit 100 mg de poudre de dynamycine toutes les trois heures. Le premier février, une contre-ouverture de

l'abcès est nécessaire. Dès le 3 février, nous constatons une dyspnée assez marquée et des râles broncho-alvéolaires disséminés, la température est à 103°F et une radiographie confirme, le lendemain, l'existence d'une broncho-pneumonie. La chloromycétine par voie intraveineuse est alors associée à la dynamycine, que l'on cesse trois jours plus tard, car la sensibilité à la dynamycine était devenue négative.

La dynamycine administrée pendant cinq jours, et à une dose totale de quatre grammes n'a pu éviter l'éclosion d'une broncho-pneumonie staphylococcique, dont l'enfant est parvenue à se débarrasser péniblement.

ÉTUDE ANALYTIQUE

Par une étude analytique clinique de l'ensemble de nos observations, nous est-il possible de formuler certains principes thérapeutiques généraux? C'est ce que nous nous proposons de tenter ici.

En tout premier lieu, il faut reconnaître que la règle en pathologie infantile, qui veut qu'à la virulence microbienne proprement dite, s'ajoute chaque fois le facteur âge, et que la gravité des infections du nourrisson âgé de moins de un an est très fréquente, alors que celle des moins de trois et six mois constitue, encore aujourd'hui, la caractéristique pathologique de cette première période de la vie, que cette règle, disions-nous s'est de nouveau imposée à notre esprit. Les affections cutanées staphylococciques de notre statistique ne comptent-elles pas, en effet, 15 observations sur 26, qui se rapportent à des enfants de moins de six mois. De plus, parmi elles, plus de 70 pour cent, ont vu la première manifestation infectieuse cutanée éclore dès le premier mois, se perpétuer, ou s'aggraver, ou récidiver au cours des mois suivants, malgré une thérapeutique considérée autrefois comme suffisante.

Le milieu social dans lequel vivaient un très grand nombre de nos enfants infectés s'est révélé médiocre, tant du point de vue de la salubrité des lieux, que du point de vue de la condition économique familiale. En plusieurs milieux, l'encombrement des chambres et le manque d'hygiène corporelle et vestimentaire ont été des facteurs favorisant l'éclosion des affections constatées. Nous eûmes à instituer, en notre propre milieu hospitalier, une hygiène à la fois corporelle et

vestimentaire irréprochable, et à appliquer scrupuleusement les règles de l'asepsie au cours de l'hospitalisation de ces enfants. Ces méthodes ont contribué, pour leur part, aux résultats rapportés plus haut.

L'identification microbienne, effectuée sur milieu de Chapman, a permis d'établir que, chez tous, le staphylocoque doré était en cause. Par l'épreuve du plasma-coagulase, nous trouvâmes que, chacun d'entre eux était pathogène. Quelque huit cas ont présenté conjointement du staphylocoque doré pathogène aux fosses nasales. Tous ces enfants entraient alors dans notre Service. Parmi nos cas, trois fois nous trouvâmes dans les fosses nasales, du staphylocoque blanc ; un seul s'est montré positif au plasma-coagulase.

La preuve de la sensibilité aux antibiotiques selon la méthode des disques a été effectuée chez tous nos cas. Cette sensibilité, recherchée notamment pour la dynamycine, au moyen de disques titrés à 20 et 50 microgrammes, nous a semblé rarement parallèle à l'efficacité médicamenteuse. Même lorsqu'il nous fut donné de la trouver peu élevée, les résultats thérapeutiques se montrèrent des plus satisfaisants, et même identiques à ceux où la sensibilité des entités microbiennes était forte. Aussi nous semble-t-il permis d'affirmer que, dans les conditions où nous avons opéré, un antibiogramme de faible intensité n'infirme en rien l'emploi de la dynamycine. D'autres facteurs que la sensibilité de la souche présente, jouent en faveur de l'antibiotique employé et, seule la démonstration de son inefficacité doit forcer à l'abandonner.

Nous nous proposons, au début de nos recherches, de trouver une dose moyenne de dynamycine par kilogramme de poids susceptible d'être prescrite dans la majorité des staphylococcies cutanées. Nos quelques observations ne nous permettent nullement de l'établir. Toutefois, nous croyons devoir formuler ici notre impression clinique à ce sujet.

De l'analyse objective de toutes nos observations, nous estimons que le guide le plus fidèle dans l'emploi d'une dose donnée de dynamycine demeure la modalité, l'étendue et la gravité, tout à la fois, des staphylococcies cutanées devant lesquelles nous nous trouvons. C'est ainsi que certains cas de pyodermite ou de folliculite diffuses et de gravité importante ont guéri d'une façon spectaculaire avec des doses

moyennes, alors que d'autres cas d'intensité moindre ont vu des récurrences, et nécessité des doses élevées avant d'être complètement guéris. La dose en elle-même nous a paru un facteur appréciable dans la cure, mais il s'y joint, croyons-nous, un autre facteur encore plus important, l'intervalle entre les doses.

Cet intervalle nous l'avons expressément établi en fonction de la modalité, de l'ampleur et de la gravité des lésions constatées. En somme, l'aspect clinique général nous a guidés. De l'analyse de nos observations, il ressort, à ce propos, que l'intervalle de quatre heures entre chaque dose, peut être considéré comme la règle dans les cas moyens, et que celui de trois heures doit être réservé pour les cas étendus et graves. Cet horaire offre, à notre avis, plus de garantie de succès.

Ainsi instituée, la dose quotidienne a atteint fréquemment 100 mg aux quatre heures et nous n'avons pas craint de prescrire, en certains cas, de 800 à 1,000 mg par jour, car le champ de toxicité du médicament semble situé au delà de ces doses, puisqu'aucun de nos enfants n'a manifesté la moindre intolérance au médicament.

Le processus de cicatrisation des lésions infectieuses nous a paru particulièrement rapide. Nous assistions véritablement à une transformation spectaculaire des régions infectées et à un retour à la normale de la peau sans devoir assister, de jour en jour, aux différents stades de la cicatrisation des plaies.

CONCLUSION

La dynamycine appliquée au traitement des staphylococcies cutanées s'est avérée un excellent agent antimicrobien à l'heure présente. Les résultats spectaculaires qu'elle nous a donnés, et les guérisons qu'elle a produites sans laisser de trace cicatricielle au niveau des régions infectées profondément l'impose à l'attention de tous et plaide en faveur de son emploi précoce dans toute infection cutanée staphylococcique.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier la Maison Desbergers, Ltée, qui a mis gracieusement à notre disposition les facilités nécessaires à cette recherche.

CONSIDÉRATIONS SUR TROIS CAS DE PURPURA INFANTILE *

par

Edmond POTVIN

*assistant universitaire dans le Service de médecine
de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi.*

Premier cas :

L. B., fillette de 9 ans, se présente, le 5 novembre 1950, pour des hématuries et du méléna. Ces troubles surviennent par crises en dehors desquelles elle se porte très bien. Depuis un an, elle fut hospitalisée deux fois pour les mêmes troubles. On avait alors noté une splénomégalie qui régressait lors des hémorragies.

L'examen physique révèle une splénomégalie (*quatre travers de doigts plus bas que les fausses côtes*) et du purpura sur la jambe droite. Les taches purpuriques seraient assez fréquentes selon les dires de la patiente.

La formule sanguine indique 2,840,000 hématies, 50 pour cent d'hémoglobine et 105,000 plaquettes sanguines, après un minimum de 52,000.

La patiente quitte l'hôpital améliorée après 16 jours de traitement médical, avec un diagnostic probable de purpura thrombocytopénique.

* Reçu pour publication le 15 mars 1955.

Elle est réadmise le 1^{er} juillet 1951 dans le Service de chirurgie pour les mêmes raisons. La splénomégalie est toujours présente. Les globules rouges sont au nombre de 2,849,000 et les plaquettes sanguines, de 88,000 ; le temps de coagulation de 5 minutes.

Devant l'insuccès des traitements médicaux antérieurs, on conseille et pratique la splénectomie. L'anatomo-pathologiste décrit la rate comme énorme, de consistance ferme et contenant dans une de ses extrémités « de petits points blanchâtres ayant l'aspect du tapioca ». Il note de plus la présence de trois petites rates surnuméraires.

La convalescence est rapide et la patiente reçoit son congé ; les globules rouges sont maintenant au nombre de 4,000,000 et les plaquettes, de 204,000.

Les hématémèses réapparaissent trois mois plus tard. A son entrée, les globules rouges sont au nombre de 1,500,000, l'hématocrite est à 14 pour cent et les plaquettes sanguines au nombre de 125,000. Grâce à une thérapeutique antihémorragique énergique, les examens sanguins redeviennent rapidement normaux : globules rouges : 4,500,000 ; plaquettes sanguines : 228,000.

Cinq jours après son entrée, la patiente avait expulsé de nombreux oxyures. A la dyscrasie sanguine, comme étiologie des hémathèses, on ajoute donc soit un ulcère peptique duodénal, soit une parasitose intestinale. Un transit digestif et un myélogramme s'avèrent négatifs.

Elle est hospitalisée une dernière fois pour une rechute, le 19 novembre 1951. Comme toujours, la formule sanguine est très basse : deux transfusions de 500 cm³ n'apportent que peu d'amélioration. Le chirurgien consulté soulève l'hypothèse d'hypersplénisme, même si, à l'occasion de la splénectomie, il a pu découvrir des rates surnuméraires, et il suggère l'administration d'ACTH. Celle-ci est administrée depuis le 6 décembre, à raison de 15 mg par voie intramusculaire, aux six heures. La patiente quitte l'hôpital le 21 décembre très améliorée avec une formule rouge de 4,040,000, une hémoglobinométrie à 86 pour cent, des plaquettes sanguines à 261,300. Avant son départ, on pratique une œsophagoscopie, qui révèle l'existence de varices œsophagiennes au tiers inférieur.

Quatre mois plus tard, elle est réadmise pour contrôle. Elle ne se plaint plus que de quelques douleurs épigastriques le soir ; la formule

rouge est de plus de 3,000,000 et les plaquettes sont au nombre de 150,000.

Deuxième cas :

L. P., fillette de 5 ans, est admise le 12 avril 1952 pour des douleurs abdominales intenses depuis deux jours. Trois semaines auparavant, elle avait souffert d'un purpura intense coïncidant avec un gonflement des articulations.

A l'examen, on note la pâleur et le faciès souffrant de la patiente. Les téguments sont pâles, des taches hémorragiques existent sur tout le corps avec prédominance aux membres. Il existe une adénopathie cervicale. Les amygdales sont hypertrophiées, hyperémiques et recouvertes d'un enduit blanchâtre. Le système cardiovasculaire, la rate et le foie sont normaux. Les articulations du genou semblent encore un peu enflées.

Les examens sanguins sont sensiblement normaux : globules rouges : 4,050,000 ; hémoglobine : 66 pour cent ; plaquettes sanguines : 310,000. L'examen des urines montre une légère atteinte rénale. La résistance globulaire est dans les limites de la normale. Le temps de saignement est de 1'30" et celui de coagulation de 5'30".

La fillette reçoit des vitamines C et K. Dans les jours qui suivent, l'amélioration de l'état général est notable : le purpura régresse, les douleurs abdominales s'atténuent.

Le 16 avril, tous les symptômes réapparaissent avec une intensité accrue. La sédimentation est de 39 mm. On ajoute du salicylate de sodium à la médication. Par la suite, on assiste à une amélioration progressive de l'état général. Une consultation au Service d'otorhinolaryngologie permet le diagnostic d'une amygdalite chronique hypertrophique bilatérale.

La patiente subit une amygdalectomie le 24 avril, après un contrôle des examens sanguins qui se révèlent identiques aux premiers. Ses suites opératoires sont normales et la fillette, guérie, quitte l'hôpital, trois jours après l'intervention.

Troisième cas :

M. L., fillette de 6 ans, se présente, le 6 juin 1953, pour des taches purpuriques, de la toux, de l'asthénie et de l'œdème de la face, du tronc

et des membres. Depuis cinq ou six semaines, elle souffre d'un état grippal qui a résisté à la thérapeutique usuelle. Quinze jours avant son admission, elle aurait fait une rougeole remarquable par la gravité de l'éruption. Par la suite, sont apparues des taches purpuriques, au début sous forme d'un pointillé sous-dermique, devenant bientôt superficielles sous forme de croûtes de sang coagulé, prédominant aux membres et au tronc.

A l'examen, la patiente est très calme. Le visage est très œdématié (*œdème palpébral et labial marqué*) et il est, de plus couvert de croûtes hématiques. Des taches purpuriques sont présentes sur les gencives, les globes oculaires, la voûte palatine. On palpe des ganglions axillaires indolores et petits ; mais on ne retrouve pas de ganglions sous-maxillaires, cervicaux, sus-claviculaires ou sous-claviculaires. Des ronchus bronchiques et des râles crépitants disséminés aux deux plages pulmonaires sont audibles à l'auscultation. Le cœur est normal.

L'abdomen est très ballonné. L'œdème sous-cutané y est très marqué : la ceinture du pantalon laisse une dépression de la profondeur d'un gros doigt. Les membres supérieurs et inférieurs sont aussi très œdématiés. Les croûtes hématiques sur le tronc et les membres sont d'un âge plus avancé que celles du visage.

Dans le passé familial, on ne relève aucune histoire de dyscrasie sanguine.

La maladie évolue sans grande amélioration au cours des quelques jours qui suivent son hospitalisation, malgré une médication intense en vitamines C et K et en sels biliaires. Les taches purpuriques du visage s'aggravent pendant que l'œdème des membres et du tronc diminue.

Le séro-diagnostic est négatif à tous les antigènes.

La formule sanguine indique 3,920,000 globules rouges avec un taux d'hémoglobine à 60 pour cent, 23,400 globules blancs avec prédominance des polynucléaires (88 pour cent) et 55,000 thrombocytes. Le temps de saignement est de 23 minutes, celui de coagulation de six minutes, la résistance globulaire est de 4,2 à quatre pour 1,000, soit dans les limites de la normalité.

L'examen des urines révèle une légère atteinte rénale.

Le 8 juin, la patiente reçoit une première transfusion de 100 cm³. Le lendemain, elle fait du mœléna et de l'hématurie.

Le 10 juin, on pratique une ponction sternale. Par la plaie, s'écoule pendant plusieurs heures un filet de sang assez important, malgré toute thérapeutique antihémorragique : coagulène, vitamine K et gluconate de calcium, oxycel et gelfoam localement. Un tampon de sang normal réussit l'hémostase.

Le rapport du myélogramme confirme le diagnostic de purpura thrombocytopénique et élimine la possibilité de leucémie et de maladie de Hodgkin.

La malade reçoit des transfusions de 250 cm³, aux trois jours. Le 14 juin, les urines et les selles sont redevenues normales.

L'amélioration se fait lente mais progressive, après que l'état de la fillette eut passé par une période critique au cours de laquelle elle reçut les derniers sacrements. Durant toute sa maladie, elle garda un appétit insatiable qui ne fut pas sans jouer un rôle important dans son rétablissement.

Le purpura et les œdèmes régressent graduellement, si bien que, le 4 août, la patiente reçoit son congé. La formule sanguine indique 4,060,000 globules rouges, 76 pour cent d'hémoglobine, 10,000 leucocytes, dont 72 pour cent de neutrophiles, et 170,000 plaquettes sanguines.

La protéinémie et l'examen microscopique et chimique d'urine sont normaux.

Un mois après sa sortie, la patiente revient pour un contrôle de sa formule sanguine. Celle-ci est normale ; la fillette jouit d'une santé florissante et son poids a augmenté de dix livres depuis son départ de l'hôpital.

En présentant ces cas, nous ne prétendons pas apporter quoi que ce soit de nouveau, ni exposer des difficultés cliniques inusitées. A part les hémorragies nasales assez importantes et l'anémie consécutive assez marquée, ces cas furent classiques et la réponse thérapeutique satisfaisante.

En présence d'un purpura, syndrome hémorragique caractérisé par des éruptions cutanées associées à des hémorragies muqueuses et viscé-

rales, il est indispensable de faire une étude hématologique pour orienter le diagnostic, de reconnaître ou d'éliminer une thrombopénie.

La difficulté n'est pas d'affirmer la nature thrombopénique du purpura, mais de distinguer entre la thrombopénie constitutionnelle et les thrombopénies acquises, ces dernières se terminant, dans la majorité des cas, par la guérison. Cette distinction conditionne le pronostic et la thérapeutique, car la splénectomie doit être réservée aux formes constitutionnelles.

Il est souvent difficile de faire la démarcation entre les facteurs constitutionnels et les facteurs exogènes, malgré que, dans tous les cas, l'importance du terrain paraisse considérable.

Le problème est encore compliqué par la nomenclature proposée par les différents auteurs. Purpura chronique, purpura idiopathique, maladie de Werlhoff, thrombopénie essentielle, grande hémogénie, purpura constitutionnel, purpura obstétrical, thrombopénie congénitale, purpura génodystrophique, aigu, acquis, simplex ou secondaire. On est porté à employer ces termes les uns pour les autres alors qu'ils ont une signification différente.

Avec le professeur Debré, nous croyons que nous pouvons résumer cette nomenclature par les deux termes suivants : thrombopénie constitutionnelle et thrombopénie acquise, auxquels correspondent des stigmates hématologiques permanents ou intermittents.

Au point de vue pronostic, il importe, dans un cas de purpura, d'établir :

- 1° Sa nature thrombopénique ou non ;
- 2° Son caractère constitutionnel ou acquis.

Pour établir un diagnostic sûr, nous croyons que nous devons tenir compte des faits suivants :

- 1° Les tests hématologiques ;
- 2° L'histoire clinique ;
- 3° Les antécédents familiaux ;
- 4° L'évolution de la maladie et la réaction au traitement ;

5° Les examens de contrôle après la rémission ou la guérison définitive.

L'étude hématologique comprend des tests très délicats qui doivent être faits par des techniciens compétents et selon des méthodes sûres. C'est après ces examens que l'on pourra affirmer la nature du purpura.

La diminution du nombre des globules rouges ne fait que refléter l'existence d'une anémie posthémorragique.

Qu'il nous suffise d'énumérer les différents tests sans en décrire la technique.

Le temps de saignement n'est valable que s'il est fait au lobe de l'oreille. Le temps de coagulation n'est guère modifié. La résistance capillaire recherchée au moyen du brassard à tension artérielle, et non pas au lacet seulement, doit normalement apparaître 5 à 6 minutes après le début de la compression et avant 4 minutes dans les cas pathologiques.

La numération des plaquettes doit être contrôlée ou complétée par la valeur qualitative au moyen de frottis au Giemsa et examen de la coloration, de la morphologie et de la taille des éléments. Le sang normal montre des plaquettes bien colorées avec petits prolongements et des contours assez mal délimités. Dans le sang pathologique les plaquettes sont encapsulées, mal colorées avec une taille de quatre à cinq μ (*mégathrombocytes*).

La rétraction du caillot : lorsque les plaquettes sont en bas de 80,000 ou 100,000, le caillot, conservé à 37°C., cesse de se rétracter. L'irrétractibilité du caillot est un signe indirect et précieux de thrombopénie.

Le temps de prothrombine demeure sensiblement dans les limites de la normale. Un autre test de laboratoire, décrit par J.-P. Soulier et employé par le professeur Debré, est la mesure de la consommation de prothrombine pendant la coagulation du sang veineux. Cette épreuve consiste à mesurer la prothrombine résiduelle du sérum, 5 heures après la coagulation.

Le diagnostic entre une thrombopénie constitutionnelle et une thrombopénie acquise, qui est la plus fréquente, doit être le principal objet de l'examen. La découverte de la cause de la thrombopénie secondaire peut indiquer le traitement. Une infection localisée ou générale

traitée et guérie ramène le plus souvent les plaquettes à leur niveau normal et fait disparaître les manifestations purpuriques.

La distinction entre une thrombopénie constitutionnelle et acquise n'est pas toujours facile et souvent pratiquement impossible lors d'une première atteinte.

Il est important d'avoir bien en mémoire que, dans la forme constitutionnelle, les seuls signes sanguins sont la diminution des plaquettes et l'anémie secondaire posthémorragique. Tout autre changement, telles la leucopénie, une leucocytose marquée, une anémie prononcée non en relation avec l'hémorragie, la présence de leucocytes jeunes ou anormaux, indique une autre cause possible de thrombopénie de type acquis.

L'histoire nous renseigne sur l'absorption éventuelle d'une substance médicamenteuse : quinine, arsenic, iode, anthelmintique, etc.

Les antécédents familiaux malgré l'importance du terrain ne donnent pas souvent de résultats et on ne peut guère se fier sur l'examen des parents pour établir la nature d'un purpura. Le début infectieux avec fièvre, frisson, angine, nous oriente vers une cause exogène. Ces signes cliniques, cependant, ne sont pas d'une grande utilité puisqu'on peut voir une infection favorisée par une poussée de thrombopénie constitutionnelle et que, par ailleurs, un purpura apyrétique n'élimine pas une thrombopénie acquise. La rate, également, ne peut fournir d'indication car son volume reste sensiblement normal comme on le constate lors des splénectomies.

La grande difficulté est de différencier la thrombopénie d'une leucémie leucopénique : chez les enfants, en effet, le purpura est toujours présent et peut être le premier signe d'une leucémie. La polynucléose peut faire penser à une infection, l'agranulocytose à une intoxication ou à une hémopathie maligne.

Le myélogramme ne peut guère nous donner des éléments sûrs de distinction entre une thrombopénie constitutionnelle ou acquise. Cet examen sera utile surtout lorsqu'il s'agira de décider d'une splénectomie. L'évolution de la maladie nous fournit peut-être les meilleurs éléments de diagnostic.

Avec le recul du temps, devant un purpura guéri sans récurrence, on peut affirmer qu'il s'agissait d'une thrombopénie acquise. On trouve,

également dans cette catégorie, des purpuras à poussées successives avec retour à la normale des tests du sang entre les poussées.

Enfin, il existe des purpuras à poussées successives avec persistance des signes hématologiques entre les poussées : c'est la thrombopénie constitutionnelle.

Le pronostic des purpuras intermittents est favorable, ils ont tendance à s'améliorer et à disparaître. Il ne faut donc pas envisager la splénectomie dans ces cas. Dans des purpuras à stigmates permanents entre les poussées, on doit penser à la splénectomie qui donne de bons résultats.

Le traitement doit d'abord être orienté pour juguler l'hémorragie, aider à la régénération des globules rouges et prévenir la répétition des hémorragies. Le seul moyen efficace pour arrêter une hémorragie est la transfusion de sang complet. En général il faut plusieurs transfusions pour juguler l'hémorragie.

Plusieurs médicaments, tels les coagulants, la thromboplastine, le venin de serpent, les coagulants placentaires, etc., ont été proposés pour contrôler le temps de saignement qui est prolongé. La vitamine C, le calcium, la vitamine K, sont également des adjuvants dont il faut se servir mais aucun d'eux n'a d'efficacité reconnue par tous les auteurs. La radiothérapie elle-même est aujourd'hui à peu près mise de côté.

Nous croyons que les transfusions répétées donnent les meilleurs résultats.

La phase clinique passée on doit faire disparaître les causes d'infection dans les thrombopénies acquises et, dans la thrombopénie constitutionnelle, après plusieurs poussées, la splénectomie est indiquée lorsque les signes hématologiques sont permanents.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALAJOUANINE, T., MATHIEU, P., et CONTAMIN, F., Paralyse cubitale au cours d'un purpura, *Bull. et mém. soc. méd. des hôp. de Paris*, **69** : 246, 1953.
2. DEBRÉ, R., LANDRY, M., et SOULIER, J.-P., Thrombopénies acquises de l'enfant, *Arch. fran. de péd.*, **8** : 1, 1951.

3. DEBRÉ, R., et LELONG, M., Pédiatrie, *Flammarion*, p. 2119.
 4. DREYFUS, B., et SOULIER, J.-P., Diagnostic des purpuras thrombopéniques, *Rev. d'hémat.*, **2** : 305, 1947.
 5. HIRSH, E. O., et DAMESHEK, W., Idiopathie thrombocytopenia, *Arch. int. méd.*, **88** : 701, (déc.) 1951.
 6. HOLT et McINTOSH, Pædiatrics, *Appletown Century Crafts; Inc.*, p. 676, 1953.
 7. SAUNDERS, W. B., *Med. Clin. of Amer.*, p. 1416, (sept.) 1951.
 8. SOULIER, J.-P., La consommation de la prothrombine pendant la coagulation du sang veineux et du sang capillaire, *Rev. d'hémat.*, **3** : 302, 1948.
 9. WELCH, C. S., et DAMESHEK, W., Splenectomy in blood dyscrasia, *New Engl. J. of Med.*, **242** : 601, (20 avril) 1950.
-

A PROPOS DE QUELQUES FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE LA TUBERCULOSE ¹

par

Edmond PAQUET ²

De l'observation que nous rapportons se dégagent plusieurs faits intéressants :

1° Tuberculose poly focale, véritable processus expérimental dont l'apparition et la gravité doivent être rattachées à deux facteurs prédisposants : syphilis insuffisamment traitée et gastrectomie ;

2° Tuberculisation d'une arthropathie tabétique, association articulaire rarement rencontrée, vraisemblablement attribuable au rôle du terrain particulier sur lequel elle s'est développée ;

3° Problème thérapeutique confiné dans le champ clos de l'aléa et du dilemme.

Le passé pathologique de ce malade (C.R., 51 ans) illustre bien l'importance qu'il faut attacher à de tels facteurs dans l'apparition et l'évolution de la tuberculose.

En effet, elle fait suite à une longue histoire d'ulcus pylorique pendant laquelle le malade avait beaucoup maigri et pour lequel une

1. Travail du Service de pneumo-physiologie du professeur Kourilsky, Hôpital Saint-Antoine, Paris.

2. Hôtel-Dieu de Québec, Québec, Canada.

gastrectomie fut pratiquée en 1947 sans contrôle radiologique pulmonaire préalable.

Il travaille dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les rhumes sont fréquents et il commence alors à se plaindre d'asthénie, de dyspnée accompagnée de toux et d'expectorations surtout matinales et d'une hyperthermie modérée le soir. On ne décèle toutefois aucune notion précise de contagé et on ne lui a jamais fait de cutiréaction. Telles sont les premières manifestations de cette atteinte tuberculeuse à côté desquelles il faut souligner un autre point essentiel ; l'existence d'une syphilis contractée en 1940, avec réactions sérologiques positives dans le sang et traitée irrégulièrement par l'arsenic et le bismuth.

En 1950, après une longue période de douleurs à la défécation et émission de sang rouge à la suite des selles, il est opéré pour une fistule anale. L'atteinte de l'état général est de plus en plus manifeste, ce qui ne l'empêche cependant pas de reprendre son travail.

En avril 1951, il présente une raucité persistante de la voix à laquelle on ne prête pas attention. Un mois après, une petite tuméfaction apparaît au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur gauche qui n'a pas de caractères inflammatoires aigus. On l'attribue alors à une réaction ganglionnaire consécutive à une infection dentaire car il existe plusieurs chicots et de plus il aurait déjà eu un abcès dentaire avec fracture du maxillaire à l'extraction.

Devant la persistance de cette laryngite et l'accroissement de cette tuméfaction, il est hospitalisé pour la première fois à Saint-Antoine.

La radiographie pulmonaire montre l'image d'une miliaire avec excavation sous-claviculaire droite probable et, au niveau du cul-de-sac diaphragmatique droit les séquelles d'une pleurésie qu'on ne peut toutefois mettre en évidence dans les antécédents. L'examen des crachats après homogénéisation est négatif. La cuti-réaction est positive mais la vitesse de sédimentation est peu accélérée (18-46-107).

On est frappé de plus par l'existence d'une volumineuse masse cervicale gauche atteignant l'oreille et descendant du gonion jusqu'à la clavicule. Elle est rouge, ferme, non fluctuante, peu mobile, plus gênante que douloureuse. On peut palper aussi quelques petits ganglions

le long de la chaîne jugulaire externe et sur le versant antérieur du dôme pleural. Une ponction de cette tuméfaction vraisemblablement parotidienne a montré après coloration au Ziehl un fourmillement de bacilles de Koch. Pour infecter la parotide, il semble que les bacilles pénétreraient par le canal de Sténon. Une radiographie après injection opaque en a toutefois révélé l'intégrité. S'agit-il en fait d'une parotidite tuberculeuse vraie ou simplement de ganglions intraparotidiens? La ponction n'a pas permis d'en juger.

Au laryngoscope, on ne voit pas d'ulcération sur le trajet du nerf laryngé et on conclut à une laryngite catarrhale bilatérale. Le fond d'œil gauche présente un petit tubercule miliaire de la choroïde (Bouchut), sans tendance à la pigmentation, situé entre les artères nasales supérieure et inférieure, à un diamètre papillaire environ. Il existe une inégalité pupillaire mais pas d'Argyll-Robertson. Les réflexes rotuliens et achilléens sont difficiles à trouver. Le reste de l'examen ne fournit pas de renseignements complémentaires.

En résumé, il s'agit d'une dispersion bacillaire sub-aiguë apparue chez un syphilitique à la suite d'une gastrectomie pratiquée sans contrôle radiologique pulmonaire. La fistule anale, les différentes localisations : parotidienne, laryngée, pulmonaire, ganglionnaire et choroïdienne entrent donc bien dans le cadre de cette dissémination hémato-gène.

A la suite d'un traitement par la streptomycine et le P.A.S., l'état général s'améliore, la radio montre un nettoyage de la miliaire et la vitesse de sédimentation se ralentit quelque peu (11, 21, 105). La tuméfaction parotidienne régresse, laissant un noyau dur, fibreux, fistulisé à son pôle inférieur, puis refermé.

Il est dirigé vers un Sanatorium où il doit continuer sa cure.

En mai 1952, il est de nouveau hospitalisé et à ce moment, on note la présence d'une petite excavation du sommet gauche visible à 7 centimètres sur les tomographies et la persistance de la tuméfaction parotidienne. On préfère alors soumettre cette masse à la radiothérapie plutôt qu'à l'exérèse. Après quelques séances, il commence à se plaindre de dysphagie, brûlures dans la gorge, hyperthermie. Leucocytose à 14,000, neutropénie, lymphocytose et monocytose. Il s'agit d'une amygdalite ulcéreuse droite dont la biopsie a montré la nature tubercu-

leuse typique. On cesse donc la radiothérapie et on prescrit le Rimifon qui agira très efficacement sur cette nouvelle localisation.

L'examen permet de découvrir en plus une hypertension artérielle variant de 17/11 à 22/15 qui se manifestera d'ailleurs par des épistaxis assez abondants pour devoir recourir à des transfusions de sang. Une formule sanguine est demandée qui montre une anémie à 2,870,000 et une leucocytose à 10,000 dont 5% d'éosinophiles. La vitesse de sédimentation est de nouveau accélérée (25-55-133) mais cette anémie posthémorragique peut, à elle seule, expliquer cette accélération alors que, cliniquement, la tuberculose ne paraît pas être dans une phase évolutive. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats reste toujours négative.

Enfin, en juin 1953, apparaît une tuméfaction du cou-de-pied gauche qui n'entraîne qu'une impotence légère. On ne relève ni traumatisme local, ni épisode infectieux.

En 15 jours d'évolution, elle se présente alors comme un gros œdème blanc, mou, localisé à la cheville gauche, atteignant la face dorsale du pied et l'extrémité inférieure de la jambe et infiltrant largement les tissus péri-articulaires. L'articulation se révèle indolore au cours de l'examen, ce qui contraste avec la douleur spontanée dont se plaint parfois le malade. On constate une réduction partielle de la flexion et de l'extension qui restent cependant possibles. Par contre, il existe une nette limitation de l'abduction et de l'adduction. On n'a pas retrouvé d'adénopathie. Les rotuliens et achilléens sont abolis alors que l'Argyll-Robertson semble positif mais le liquide céphalo-rachidien est normal. Une ponction articulaire ramène quelques gouttes de liquide séro-hématique sans plus.

La radiographie montre une zone de condensation avec augmentation légère du volume de l'os, sans érosion cependant de la tibio-tarsienne. On note de plus un certain degré de périostite. Devant ce mode de début relativement rapide avec déformation importante ayant atteint son maximum en 15 jours d'évolution, la notion d'une syphilis insuffisamment traitée, l'absence de douleurs objectives, le diagnostic d'emblée évoqué est celui d'arthropathie tabétique. Se trouvent de plus en faveur de ce diagnostic, d'autres signes de la série

tabétique : douleurs spontanées, térébrantes, abolition des réflexes tendineux et photo-moteur, augmentation des oscillations artérielles du côté gauche. Le malade est alors soumis à une pénicillothérapie massive accompagnée de bismuth. Donc, dans une première phase, cette arthropathie malgré le liquide céphalo-rachidien normal et la discrétion des signes radiologiques présente des caractères nettement tabétiques. Peu à peu, cependant, une nouvelle symptomatologie devra amener au cours de l'évolution un complément diagnostique. En effet, sont apparues progressivement des douleurs nocturnes et surtout des modifications des téguments d'abord violacés, puis une fistule donnant issue à un liquide séreux. Cette évolution inhabituelle fait soupçonner une surinfection tuberculeuse de l'arthropathie. Les examens biologiques témoignent d'ailleurs de cette tuberculisation récente : vitesse de sédimentation à 75 à la première heure, lymphocytose à 40% et plus que tout, la culture positive du liquide de ponction articulaire sur Löwenstein. Donc, arthropathie tabétique puis tuberculeuse dont les caractères prédominent actuellement. En plus de la streptomycine, P.A.S. par voie orale et en perfusions, on lui fait six injections intra-articulaires de Rimifon (0,5 gr par injection). Sous l'influence de ce traitement associé, la fistule se tarit sans se fermer et la tuméfaction péri-articulaire régresse.

Convient-il de persister dans cette thérapeutique ?

A la nature tabétique de cette arthropathie, on ne peut guère opposer maintenant de traitement efficace. D'autre part, doit-on prolonger pour une atteinte locale un traitement antibacillaire, sans se soucier d'un réveil pulmonaire ou plus généralisé de la tuberculose sous la menace duquel le malade se trouve malheureusement et contre lequel les chances d'une thérapeutique efficace seraient alors sérieusement compromises ?

Il importe donc de se demander s'il ne vaudrait pas mieux recourir à une sanction chirurgicale radicale, à une amputation, en dépit même de l'amyotrophie et de la possibilité de tuberculisation du moignon. C'est pourquoi, le malade est dirigé dans le Service de chirurgie en mars 1954. Les examens préopératoires de contrôle montrent une aorte déroulée, athéromateuse et calcifiée par places et au fond d'œil des

altérations de rétinite hypertensive. En raison de cet ensemble, le pronostic est, de tous côtés, très assombri.

En résumé, il s'agit d'une atteinte tuberculeuse bien particulière par ses localisations successives et multiples. Il n'y a pas de doute que ces facteurs réunis : syphilis insuffisamment traitée et gastrectomie ont été responsables de cette évolution sévère.

Quant à l'arthropathie tabétique et tuberculeuse, elle soulève, en plus de sa rareté, des problèmes pathogénique et thérapeutique peu communs. Il est vraisemblable que le terrain particulier que présentait ce malade puisse expliquer une telle association articulaire.

Les différentes phases de cette observation sont inscrites au tableau I.

De cette observation, quelques faits importants doivent être soulignés :

1° Tuberculose après gastrectomie :

Depuis quelques années, de nombreux auteurs ont attiré l'attention sur la fréquence anormale de la tuberculose pulmonaire après résection gastrique. En effet, si le chirurgien voit peu de tuberculose dans les suites d'intervention, au contraire le phthisiologue observe chez ses malades tuberculeux un pourcentage assez élevé de gastrectomisés.

On a de plus étudié les perturbations métaboliques, nutritionnelles, protéiniques surtout dont l'ulcus et la gastrectomie sont à la fois responsables et qui abaissent la résistance organique devant le bacille de Koch. Si notre malade ne parvient pas à se stabiliser et présente une amyotrophie assez marquée, une déficience organique, ne doit-on pas l'attribuer aux troubles consécutifs à son intervention ?

On a remarqué que la tuberculose faisant suite à une gastrectomie présente généralement les mêmes caractères cliniques et évolutifs que toute tuberculose banale. Il convient ici de faire remarquer que la tuberculose apparue chez notre malade ou réveillée par une intervention pratiquée sans contrôle radiologique préalable a évolué pour ainsi dire d'une façon maligne, rapidement au niveau de plusieurs foyers successifs dont quelques-uns sont pour le moins inhabituels. Si le processus peut survenir en dehors de tout passé tuberculeux, les poussées évolutives

TABLEAU I

DATES	HISTOIRE
1940	Syphilis, Bordet-Wassermann +, Traitement insuffisant.
↓	Ulcus pylorique
1947	Gastrectomie sans contrôle radiologique pulmonaire.
↓	Premières manifestations de la tuberculose.
1950	Fistule anale opérée. Atteinte état général ++
1951 avril	Laryngite
mai	Parotidite + adénite cervicale.
juin	Miliaire pulmonaire Cuti + V.S. 18-46-107 Tubercule choroïdien SM + P.A.S. E. G. ↑ V.S. 11-21-105
↓	Sanatorium
1952 mai	Petite excavation sommet gauche. Radiothérapie sur parotide. G.B. 14,000 - P.N. ↓ Lympho. ↑ Mono. ↑ Amygdalite tuberculeuse → I.N.H.
↓	H T A → épistaxis → anémie → V.S. 25-55-133
1953 juin	Arthropathie tabétique cheville gauche Pénic. + Bi.
↓	Tuberculisation de l'arthropathie - VS. 75 - SM + P.A.S. + I.N.H. (Per os et intra-articulaire)
1954 mars	Amputation.

précoces après résection sont particulièrement à redouter lorsque l'on trouve les traces radiologiques d'une atteinte ancienne.

La gastrectomie favorisant indiscutablement soit l'apparition soit une reprise évolutive d'une tuberculose torpide, il faut en conclure qu'il est de première nécessité d'abord de soumettre systématiquement

à un contrôle radiologique pulmonaire et à un interrogatoire des antécédents tuberculeux tout malade devant être opéré pour ulcus gastroduodénal et d'exercer dans les suites de l'intervention une surveillance étroite pendant les mois et les années qui suivent.

2° Tuberculose et syphilis :

Lorsqu'il s'agit de déterminer la fréquence exacte de l'association tuberculose et syphilis, les opinions divergent du fait que ces deux maladies sont généralement observées dans des milieux différents. Toutefois, de récentes statistiques nécropsiques semblent établir que la fréquence de la tuberculose au cours de la syphilis et inversement n'est pas supérieure à celle observée dans la population générale.

De plus, il existe peu de données cliniques valables pour l'étude des effets réciproques des deux affections. Seule, l'expérimentation animale peut nous fournir de tels renseignements, quoique les conclusions qui s'en dégagent ne soient pas nécessairement applicables à la clinique.

Sergent a consacré à cette association morbide une importante monographie qui, bien qu'elle soit vieillie (1907) contient un certain nombre de constatations cliniques parfois confirmées par des travaux expérimentaux ultérieurs.

La coexistence de la tuberculose et de la syphilis chez le même malade peut se présenter de manières différentes. Tantôt, c'est un tuberculeux qui contracte la syphilis ; tantôt, c'est un ancien syphilitique qui devient tuberculeux.

Le problème de cette dualité se présente alors sous les aspects suivants :

1. Les effets de la syphilis sur la tuberculose :

Dans son étude clinique, Sergent a beaucoup insisté sur le fait que le terrain syphilitique est un facteur prédisposant à la tuberculose pulmonaire et aux tuberculoses locales. Il ressort toutefois des statistiques actuelles que la syphilis bien traitée ne prédispose plus particulièrement à la tuberculose.

Il a aussi observé l'influence sclérogène que la syphilis exerce sur la tuberculose, favorisant ainsi les formes fibreuses. Il paraît évident, selon lui, que les allures particulières de la tuberculose évoluant sur un terrain syphilitique sont étroitement liées à l'existence d'altérations concomitantes du système artériel. Dans de nombreuses observations en effet, la tuberculose fibreuse se rencontre associée aux signes de l'artériosclérose et notamment à l'hypertension artérielle.

Quant aux modes d'association de la syphilis et de la tuberculose ; il n'y a jamais hybridité des lésions mais seulement hybridité de terrains.

Ces faits ont été dans l'ensemble corroborés par l'expérimentation.

En effet, les expériences d'Aronson et Meranze (1938) ont montré avec évidence que les réactions histologiques consécutives à l'injection intradermique de bacilles tuberculeux virulents sont différentes chez le lapin, selon qu'il est syphilitique ou non. Le lapin syphilitique présente, à la suite de cette inoculation bacillaire une réaction inflammatoire locale plus précoce, plus marquée, des lésions en foyers et le plus souvent péri-capillaires. De même, l'ulcération apparaît rapidement et s'étend sans bords nets. En-dessous d'elle, les cellules épithélioïdes sont rares et se répartissent autour des vaisseaux. Le tissu de granulation abonde en néo-capillaires et fibroblastes et aboutit à la formation d'un tissu conjonctif dense. Tout à fait différente est la réponse du lapin non syphilitique à l'introduction des bacilles. Ici, le processus inflammatoire est plus diffus, sans rapport avec une distribution périvasculaire et des cellules épithélioïdes nombreuses apparaissent sous la zone ulcérée et sur les bords. Enfin, le tissu de granulation est moins marqué et les néo-capillaires sont rares.

Au cours de travaux plus récents, Ohnawa, après avoir inoculé la syphilis à des animaux tuberculeux a observé qu'elle exerce une influence défavorable sur l'évolution de la tuberculose, par rapport aux témoins.

2° Les effets du traitement antisyphilitique sur la tuberculose :

Aronson et Meranze ont observé de plus que les réactions tuberculeuses des lapins syphilitiques soumis à un traitement arsenical ne diffèrent pas sensiblement de celles qui apparaissent chez les lapins

syphilitiques non traités. Ils en concluent que la tuberculose locale expérimentale poursuit un cours identique dans les deux cas. Il est admis aujourd'hui comme l'avait affirmé Sergent, que la chimiothérapie antisyphilitique n'a aucun effet aggravant sur les lésions bacillaires des tuberculeux syphilitiques.

3° Les effets de la tuberculose sur la syphilis :

Si la syphilis est inoculée longtemps après la tuberculose les lésions syphilitiques sont moins marquées et guérissent plus rapidement que si l'animal reçoit en même temps les deux infections. Ceci démontre, du moins expérimentalement, que la tuberculose crée une certaine résistance générale vis-à-vis l'action subséquente de la syphilis.

Cliniquement, la tuberculose ne crée aucune prédisposition à la syphilis.

Enfin, le pronostic général de cette association s'est beaucoup modifié depuis l'apparition des traitements précoces et puissants dont l'on se sert actuellement pour chacune de ces affections et il ne semble pas aujourd'hui plus sombre que chez le tuberculeux ordinaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARONSON, J. D., et MERANZE, D. R., The effect of syphilis on local tuberculous lesions in rabbits, *Am. J. Path.*, **14** : 163, 1938.
2. ARONSON, J. D., et MERANZE, D. R., Effect of antisyphilitic treatment on histopathology of local tuberculous lesions in syphilitic rabbits, *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **43** : 83, 1940.
3. BERMAN, H., et FEIN, M. J., Primary tuberculosis of the parotid gland, *Ann. Surg.*, **95** : 52, 1932.
4. BERTRAND, J., Tuberculose pulmonaire et gastrectomie, *Le Concours méd.*, **31** : 2707, août 1953.
5. BRAIN, Diseases of the nervous system, *Oxford Med. Public.*, 4th edition 1951.
6. BROUET, G., MARCHE, J., et PALEY, P., Gastrectomie et tuberculose pulmonaire, *Arch. mal. app. dig.*, **41** : 385, 1952.

7. HOFFMANN, R. ADAMS, C. G., Syphilis and pulmonary tuberculosis in the negro., *Am. Rev. Tuberc.*, **50** : 85, 1944.
 8. MOORE, R. A., Textbook of pathology, *Saunders*, 2nd edition 1951.
 9. McDERMOTT, M., WEBSTER, B., et MACRAE, D., The effect of arsphenamine on tuberculosis in syphilitic animals, *Am. Rev. Tuberc.*, **44** : 604, 1941.
 10. PADGET, P., et MOORE, J. E., The interrelationships of tuberculosis and syphilis and antisyphilitic treatment, *Amer. Rev. Tuberc.*, **33** : 10, 1936.
 11. SERGENT, Émile, Syphilis et tuberculose, *Masson*, Paris, 1907.
 12. VALLI, M., L'infezione luetica nei tubercolotici, *Riv. di Pat. e clin. d. tuberc.*, **14** : 69, 1940.
-

CHRONIQUE MÉDICALE

DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE *

par

M. LANGLOIS, M.D.

De temps immémorial, médecins et philosophes ont cherché à pénétrer l'isthme insondable et mystérieux que constitue le passage de l'état normal à l'état pathologique. N'est-ce pas ce qui a été plus ou moins exprimé, lorsque l'auteur contemporain Jules Romains fait dire au Dr Knock que « tout homme bien portant est un malade qui s'ignore » ?

Que l'expérience médicale apprenne à philosopher, ou que la philosophie vienne éclairer l'expérience médicale, nous ne pouvons nous empêcher d'être frappés par des réflexions du genre de celles dont nous fait part J.-P. Tessier, médecin de l'Hôpital Beaujon, qui en 1855, écrivait ces lignes : « Les uns trouvent que la santé est naturellement parfaite, puisque la nature sait tout, fait tout bien, sans l'avoir appris ; ce système est celui d'Hippocrate ; d'autres pensent que la santé n'existe pas et que l'homme tout entier n'est que maladie, depuis sa naissance, et c'est l'opinion de Démocrite. Entre ces deux opinions extrêmes, j'en vois une troisième intermédiaire, c'est celle que Job a exprimée dans ces graves paroles : *Homo natus de muliere, brevi vivens tempore, multis ad impletur miseriis*. Ce qui veut dire que la santé pour l'homme,

* Causerie prononcée devant les membres du cercle Michel-Sarrazin.

né de la femme, est compatible avec une foule de misères. Cette opinion intermédiaire est celle à laquelle je dois me rattacher, parce qu'elle est la vraie et parce que les deux autres sont exagérées et fausses devant l'expérience. Si l'on a dit : *ubi est justus ?*, on peut également dire : *ubi est sanus ?* Aux yeux des médecins la santé parfaite n'existe point ; l'état de santé n'est qu'un bien relatif. Telle est la doctrine la plus généralement admise. »¹

Claude Bernard, à son tour, écrit. « La santé et la maladie ne sont pas deux modes différents essentiellement comme ont pu le croire les anciens médecins et comme le croient encore quelques praticiens... Il n'y a pas un cas où la maladie aurait fait apparaître des conditions nouvelles, un changement complet de scène, des produits nouveaux et spéciaux... »²

Plus près de nous, le professeur Leriche, en 1951, écrivait : « Notre existence n'est qu'une succession d'états pathologiques en puissance que les ressources de notre végétatif font avorter. »³

Toutes ces opinions exprimées par des médecins ou des biologistes, laissent deviner que, d'après eux, l'état normal serait rien d'autre qu'une série d'accidents morbides compensés ou vaincus.

Si l'on interroge maintenant penseurs et écrivains, leurs témoignages, si divergents soient-ils, mettront en lumière au moins un fait, le souci constant que leur a causé l'établissement d'une frontière bien définie entre la santé et la maladie. Pour sa part, Pascal voulait que celle-ci soit l'état naturel du chrétien. C'est dans cet état d'esprit qu'il a composé sa prière pour le bon usage des maladies. Mauriac, lui, s'oppose à cette manière de voir lorsque, dans *La pierre d'achoppement*, il écrit, au sujet de la maladie : « Bien loin qu'elle nous introduise à la sainteté, elle entretient entre les malades et les bien-portants un malentendu perpétuel, une atmosphère d'incompréhension irritée. »

De ces quelques réflexions, il est facile de déduire que le normal et le pathologique sont loin de constituer deux zones distinctes. La limite qui les sépare est loin d'être une cloison étanche, qu'il faudra briser pour passer soit de l'état de santé à celui de maladie, soit de la

1. Études de médecine générale, 2 volumes, Baillière, Paris, 1855.

2. Cl. BERNARD, Leçons sur la chaleur animale, Baillière, Paris, 1876.

3. La philosophie de la chirurgie, Flammarion, Paris 1951, p. 39.

maladie à l'état de santé lorsque s'effectue la guérison. Les mêmes réflexions indiquent aussi que, de tout temps, des esprits sérieux, médecins, hommes de science, penseurs et philosophes ont cherché à pénétrer ce mystère. En dépit de tant de persévérance et des découvertes étonnantes de la science médicale, on n'est pas encore parvenu à une définition scientifique du normal, pourtant essentielle et indispensable à la délimitation de la zone pathologique.

Une des raisons fondamentales de cet état de choses existe dans le fait suivant conforme à l'expérience et toujours vérifiable dans le domaine clinique. Dès qu'un être humain se trouve en contact avec un facteur provocateur, endogène ou exogène, il réagit selon un mode qui lui est propre, et jamais la modalité ou l'intensité de ses réactions ne sera exactement superposable à celle d'un autre. De là cet aphorisme dont la profonde vérité s'affirme par l'expérience : « Il n'y a que des malades et non des maladies. »

Pour formuler une pensée analogue, le professeur Sendrail a parlé du « moi biologique » et M. Auguste Lumière a écrit que « chacun invente sa pathologie ». La même idée hantait Nietzsche, lorsqu'il a écrit à l'un de ses correspondants : « Il n'y a pas de santé en soi et toutes les tentatives faites pour définir quelque chose de semblable *ont piteusement échoué*. Il faut tenir compte de ton but, de ton horizon, de tes forces, de tes instincts, de tes erreurs, et surtout de tes croyances et des illusions de ton âme, pour pouvoir décider ce que *signifie même pour ton corps le mot de santé*. Il y a donc un nombre infini de santés du corps... La vertu propre de chacun est la santé de l'âme, et il pourra fort bien arriver que cette santé ressemble chez l'un à ce qui chez l'autre est le contraire de la santé. Enfin se poserait pour nous la question de savoir si nous *pourrions nous passer de la maladie*, même en vue du développement de notre vertu et en particulier pour notre soif de savoir et de conscience de nous-mêmes, si l'âme malade n'est pas aussi indispensable que l'âme saine, bref *si la volonté exclusive de santé* ne serait pas un préjugé et une *lâcheté*, peut-être un vestige de barbarie très atténuée, un instinct réactionnaire. »

Ce texte de Nietzsche mérite qu'on s'y arrête, même si quelques-uns y devinent un mécanisme de sublimation poussé à ses limites extrêmes

pour sauver au moins l'orgueil, dans le naufrage d'une intelligence sur le point de sombrer.

Quelle qu'ait été l'intention de Nietzsche, la sublimation demeurera un mécanisme mental, toujours profondément humain, qui nous est offert par notre subconscient, pour nous aider à réagir.

Que Nietzsche ait voulu ridiculiser le concept chrétien de la souffrance, peu de chrétiens l'ont cependant exprimé avec autant de bonheur que lui, surtout lorsqu'il ajouta : « La maladie me donna le droit à un renversement total de mes habitudes. Elle fit cadeau de la nécessité du silence, de l'oisiveté, de l'attente et de la patience, mais cela s'appelle *penser*. »

Voilà donc comment se pose sur le plan philosophique le problème auquel ont à faire face plusieurs fois par jour la plupart des médecins, surtout ceux qui ont appris à exercer un art plutôt qu'un métier. Leurs échecs et leur impuissance en face de certains états pathologiques les ont forcés à s'élever au-dessus de l'empirisme ou de l'académisme doctrinal, et leur ont permis de constater que seul le concept de l'homme éternel transcende toute distinction que nous voudrions faire entre le normal et le pathologique. Il est le seul capable d'expliquer la relativité du bien ou du mal qui peuvent résulter d'une santé incontestablement atteinte, simplement menacée ou même totalement épargnée. Il aura toujours permis au médecin de mieux aider et de mieux comprendre le malade dont l'état ne lui permet plus de profiter des améliorations étonnantes de la science médicale. Philosophiquement parlant, il n'existe pas de critère qui nous permette de saisir ni l'endroit ni le moment où le normal cède le pas au pathologique parce qu'une définition ontologique du normal n'existe pas ; parce qu'il y a autant d'états normaux que d'individus ; parce qu'humainement parlant, on se refuse à concevoir que le concept de la santé soit indispensable de celui de maladie, de vieillesse, de mort ; parce qu'enfin, à l'égard du normal ou du pathologique toute liberté est bannie.

Ce que la philosophie a refusé nous sera-t-il fourni par la physiologie ou la biologie.

Qu'elles soient considérées tantôt comme disciplines ou tantôt comme sciences, la physiologie et la biologie ont un besoin impérieux

de la notion du normal et du pathologique, et pourtant elles sont incapables de la définir. Cet insuccès n'est pas dû à une défectuosité de méthode puisque c'est par là qu'elles ont le plus contribué à faire progresser « l'art de guérir ». A ce propos, on ne saurait leur reprocher un souci de l'analyse qui a été si profitable à l'humanité tout entière. Mais, c'est à d'autres qu'il appartient de tenter la synthèse. C'est au médecin qu'il appartiendra de réunir tant d'éléments disparates et parfois antagonistes pour reconstituer un tout, normal ou pathologique.

Ce médecin devra toujours se dire que toute déviation physiologique, même si elle est immédiatement pathologique, cesse de l'être dans son orientation puisqu'elle peut donner naissance à une déviation complémentaire, dite de « compensation » par laquelle se rétablira l'équilibre.

C'est dans cette perspective que doit être envisagé le phénomène de croissance et de développement de l'enfant. Il ne s'épanouit et ne se développe que dans la mesure où l'état où il se trouve à un moment donné disparaît ou se transforme pour faire place à une phase plus évoluée, qui elle-même sera appelée à céder sa place. Il n'est jamais venu à l'idée de personne de considérer ces effacements, ces pertes irrémédiables comme des phénomènes pathologiques ; pourtant est-ce qu'ils ne précipitent pas pour autant l'individu vers la sénescence et vers la mort ?

Malgré les apparences, le normal et le pathologique ne sont pas deux entités qui s'opposent, au contraire elles se complètent dans leur finalité, et cette finalité est la seule loi expérimentale qui nous permette de faire la synthèse de deux courants aussi diamétralement opposés. C'est par elle qu'on arrive à lier les différentes branches de la biologie, telles que : la génétique, l'embryologie et la bactériologie, et c'est elle qui nous aide à comprendre que toute santé, privée de son complément pathologique, n'atteindrait jamais sa fin propre, et constituerait une sorte de monstruosité biologique, qui n'a jamais encore existé.

Devant le silence de la philosophie, de la physiologie et de la biologie, où donc s'adresser pour savoir où finit le normal, si véritablement il finit, et où commence le pathologique. Il ne reste qu'une porte où frapper, celle du sens clinique.

Nul mieux que le docteur Merle, n'a su formuler la réponse à un problème aussi complexe qu'angoissant lorsqu'il a écrit : « L'observation rigoureuse et complète de l'homme concret, physique et moral, intellectuel et spirituel, rattaché au monde par les liens familiaux et les implications sociales qui le retiennent, l'aident et influencent sa vie, doit en dernier ressort livrer la clef du problème. »⁴

Comme on le constate la réponse cherchée est dans « une longue expérience des hommes dans leur diversité, de la vie dans ses conjonctures les plus imprévisibles et cette somme d'impondérables qui fait le sens clinique... En matière des confins physio-pathologiques, la clinique encore doit être souveraine. Juger l'individu actuel dans la perspective de son histoire personnelle, l'organisme à partir du complexe psychosomatique, l'organe particulier à partir de l'organisme entier : telles nous semblent être la règle d'or qui, pour son travail d'éclaircissement, s'impose à elle ».⁵

C'est donc par la clinique que vont se préciser les frontières du normal et du pathologique. Pour être clinicien il ne suffit pas de se contenter d'examiner scrupuleusement son malade et bien savoir sa pathologie, il faut surtout s'efforcer de mieux connaître, afin de le mieux comprendre, celui qui s'en rapportera à un jugement médical avant d'être classé parmi les bien portants ou parmi les malades. Après qu'il aura vu son médecin, sa vie sera changée, et même s'il n'accepte pas d'emblée le verdict, il aura quand même été ému au point de ressentir un certain malaise fonctionnel dont la prolongation pourra dégénérer en un état pathologique confirmé ou se transformer en une amélioration de son état. Toute la responsabilité de l'acte médical est donc centrée sur cette évaluation du normal et du pathologique et c'est d'elle que dépendront non seulement l'efficacité et la proportion du traitement, mais aussi le succès personnel d'une carrière. Une pleine conscience de la limite relative entre le normal et le pathologique, protège contre l'optimisme béat du « docteur tant mieux » et contre le noir pessimisme du « docteur tant pis ». Même inconsciemment, l'attitude du médecin devant son malade découle de la représentation qu'il se fait du normal

4. Où commence la maladie? où finit la santé? Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, p. 123.

5. *Ibidem*.

et du pathologique, de sorte qu'il est de toute première importance pour lui, d'être fixé. Il ne faut jamais que ses erreurs, ses omissions, ou ses fausses interprétations ne le découragent, car ce sont elles qui contribueront davantage à lui faire saisir, tout autant la grandeur de la carrière qu'il a choisie, que la mesure de sa propre taille. Voilà quelques-unes des conséquences sur la personnalité du médecin, qui découleront de la perspective que lui imposera la transition du normal au pathologique.

Ces conséquences individuelles qui intéressent le médecin sont pour une bonne part rattachables à la formation qu'il aura reçue des diverses écoles auxquelles il aura adhéré.

Notre milieu médical est partagé entre deux zones d'influence dont les tendances, sans être opposées, représentent deux façons distinctes de penser et, pour les identifier, il est périlleux de les considérer comme un trait ethnique. Elles représentent beaucoup plus une façon de penser, une attitude intellectuelle, qui peut résulter directement d'une éducation plus ou moins systématisée ou humanisée, mais qui peut surtout résulter d'un degré variable de conformisme ou de révolte. Que l'esprit latin cherche la synthèse alors que l'esprit anglo-saxon soit plus porté vers l'analyse, c'est beaucoup plus une question de méthode de travail qu'une question d'hégémonie.

Par une maîtrise relativement convenable de la langue anglaise, par un voisinage géographique immédiat, par la puissance d'attraction des forces économiques et juridiques, il est difficile de ne pas subir de telles influences. Elles pénètrent notre milieu de toutes parts tout comme s'il s'agissait d'un phénomène d'osmose. Elles nous prédisposent à pousser très loin l'analyse du phénomène et du mécanisme, parfois même jusqu'au sacrifice des éléments essentiels de synthèse.

L'autre façon de penser, s'inspire surtout d'un héritage culturel et d'une affinité intellectuelle plus conforme au génie d'une langue qui nous a servi à exprimer la confusion de nos toutes premières idées. Il ne s'agit pas encore une fois d'opposer deux méthodes ou deux tendances, mais plutôt de découvrir dans cette opposition apparente, un privilège dont on ne doit pas sous-estimer la fécondité. Elles deviennent complémentaires l'une à l'autre en tempérant réciproquement leurs excès. Les

excès de l'analyse provoquent des protestations vives de la part de la synthèse. Elle essaie par tous les moyens possibles de replacer la phénoménologie dans sa perspective véritable, et réciproquement une étude bien faite d'un mécanisme sert à brider une généralisation excessive qu'aurait tendance à lui imprimer un trop grand souci de synthèse.

C'est donc la clinique qui redonnera au normal et au pathologique son unité fondamentale seule capable d'expliquer non seulement les différences d'orientation des réactions biophysiques, mais aussi de nous faire comprendre certains antagonismes autrement inexplicables.

Il n'y a que la clinique qui soit capable de nous faire pressentir le sens et la portée de la déviation d'un phénomène physiologique. L'élaboration d'un phénomène pathologique débute toujours au point de rencontre d'un réacteur pathogène et d'un terrain, et s'il est relativement facile d'arriver à étudier les diverses réactions que détermine ce réacteur, il ne l'est pas autant de mesurer le terrain. Pourtant on sait que l'état morbide n'est au fond qu'une réponse de ce terrain et que cet état ne s'accroîtra ou ne s'amointrira que dans la mesure où le terrain lâchera prise. La clinique reprend ici tous ses droits car elle est la seule capable d'arriver à une approximation raisonnable du terrain en cause. S'agit-il d'un être en croissance ou en sénescence? A-t-il été, oui ou non, génétiquement favorisé? Son contexte social ou éducatif l'a-t-il disposé à une conservation jalouse de son intégrité fonctionnelle ou organique au départ? Au contraire l'a-t-il exposé à la dispersion et au mésusage de cette même intégrité? Au cours de la partie de son existence déjà révolue, a-t-il été surexposé, ou simplement rendu résistant ou immunisé ou encore est-il demeuré indemne de toute atteinte?

Seul un médecin qui connaît son sujet est apte à répondre à toutes ces questions et à bien d'autres encore afin de pouvoir déterminer quelle est la valeur relative de la santé de ce sujet. C'est encore à lui que l'on demandera jusqu'où un tuberculeux ou un diabétique peut participer à une activité intellectuelle qui compenserait peut-être largement pour son insuffisance physique.

Comme on vient de le voir, le rôle du médecin dépasse de beaucoup un simple relevé des symptômes, puisqu'il aura comme responsabilité

première et dernière de fournir le seul vrai remède à toute maladie, celui de l'orientation vers une exploitation compensatrice, qui existe chez tout sujet pourvu qu'on sache la découvrir.

Rendue à ce point, la médecine aura été plus qu'une science, elle est devenue un art par sa profonde compréhension des incertitudes et des complexités des sciences de l'homme.

Limiter au médecin et à son patient les conséquences de la nécessité d'un concept unitaire et finaliste lorsqu'il s'agit d'établir des frontières de l'état normal, serait étrangement restreindre le problème. Pour avoir oublié au moins temporairement la nécessité d'un tel concept on a vu l'activité médicale se mécaniser pour ne pas dire se désincarner par une spécialisation de plus en plus subdivisée.

Non pas que le spécialiste n'ait pas prouvé la valeur de sa contribution, mais pour peu qu'il se laisse emporter, il « verra toujours les arbres, sans cependant voir la forêt dont ils font partie » ; à tel point qu'on exige de plus en plus des spécialistes une formation générale aussi extensive que possible.

Encore pour avoir oublié ou trop méconnu la même nécessité, on a vu se construire l'imposant édifice de la médecine préventive. La pierre angulaire en a été posée lorsqu'on a imaginé la possibilité d'une définition collective de l'état normal.

D'heureuses conséquences n'ont pas tardé à se manifester : éradication des maladies infectieuses, salubrité et assainissement accrus de l'habitation et de l'alimentation, baisse de la mortalité infantile, prolongation de la durée moyenne de la vie, politique de la santé et son dirigisme administratif et juridique. D'après plusieurs cependant, nous serions parvenus au sommet de la crête de la colline. Mais il nous faut considérer le versant opposé puisque toute colline a deux versants.

A mesure que s'effectue notre redescente, on a parfois envie de remonter. Une population accrue en vertu des réalisations précédentes pose les problèmes d'un accroissement des ressources alimentaires ; d'une recrudescence des accidents parce que le nombre des victimes probables s'est accru ; d'une recrudescence aussi du nombre des candidats au cancer et aux maladies du vieil âge, non moins qu'aux usures cardio-vasculaires précoces.

Toutes ces conditions qui, involontairement et indirectement, sont la conséquence d'une poursuite acharnée d'un état normal collectivisé, ont consacré une exigence sociale qui s'affirme de plus en plus. Tout le monde veut bénéficier sur un pied d'égalité des moyens employés ou projetés pour juguler la maladie, par la prévention, la cure ou la réadaptation. Sans discuter de la légitimité de ce droit on peut soutenir qu'il découle en partie d'une conception plutôt dualiste du normal et du pathologique. La recherche obstinée d'un normal collectivisé ne peut se concevoir qu'à la condition de redonner au mot « norme » son sens véritable. Il servira à déterminer un cadre mathématique ou statistique autour duquel pourront être tracées les bornes du pathologique qui caractériseront l'éligibilité ou l'inéligibilité aux diverses prestations.

Il faut souhaiter ardemment que le seul cadre que l'on respectera encore longtemps sera le témoignage du médecin, sans que jamais ne soit imposé la mensuration d'un symptôme subjectivement ressenti par son patient et qui le rendrait plus ou moins malade, s'il ne fallait s'en tenir qu'au contrôleur ou contrôleurs des organismes de santé collectivisée.

Qu'il soit permis de terminer par un vœu qui pourrait se formuler dans les termes suivants : Il faut à tout prix que l'enseignement et la pratique de la clinique contribuent à laisser une latitude de plus en plus grande dans la détermination du normal et du pathologique, puisque c'est seulement à ce prix que continueront à progresser la médecine et toutes les sciences qu'elle coordonne au perfectionnement biologique de l'être humain.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

UN COMPTE DE MÉDECIN EN 1854

par

L'abbé Arthur MAHEUX

Quelque douze années s'étaient écoulées depuis que des colons de Charlevoix s'étaient établis dans le district du Saguenay. Les moulins à scie de William Price, de Price-McLeod, et de plusieurs autres, presque tous canadiens-français, avaient attiré les gens. Le clergé y était venu aussi, pour organiser le service religieux.

Un médecin s'y trouvait aussi, un docteur Dubois. Ce médecin n'est pas dans la liste de ceux qui obtinrent le certificat du Bureau médical entre 1788 et 1841. Il dut l'obtenir après 1841, mais nous n'avons pas pu le découvrir.

Jusqu'à juin 1849 il résida à la Grande-Baie, et ensuite à la Rivière-du-Moulin ; il était le seul médecin pour la vaste région du Lac-Saint-Jean.

Outre les colons et les gens des moulins à scie et à farine, il avait l'onéreuse clientèle des sauvages, et cela par des voies de communication rudimentaires, et par une épidémie de typhus.

Les archives de la Compagnie Price conservent un compte présenté par ce docteur Dubois aux chefs de cette compagnie, qui étaient devenus curateurs de la succession de Peter McLeod, fils.

McLeod s'était établi à la Rivière-du-Moulin, pour l'exploitation forestière. Lui et Price avaient conclu un arrangement à ce sujet.

McLeod, fils d'un Écossais et d'une sauvagesse montagnaise, se disait l'héritier de la tribu, et propriétaire du sol ; il fournirait le site du moulin, s'engageant à produire ses titres de propriété. Price fournirait l'argent, la machinerie, le bois, l'écoulement des produits. Ils partageraient moitié moitié dans les recettes et les dépenses. C'était en 1842.

Pendant dix ans, McLeod fils jouerait ostensiblement un grand rôle ; il serait le boss, et de par sa situation de maître de moulin et de par sa force physique. Une sorte de légende lui a créé une auréole, soit l'auréole de roman, peu glorieuse, que l'écrivain Damase Potvin lui a faite dans un livre intitulé *Peter McLeod*, paru en 1937, soit l'auréole genre nationaliste, qui ferait de ce curieux personnage le grand et véritable héros du Saguenay, le rival de William Price dans le cœur des Saguenayens, le champion de la cause nationale contre l'envahisseur anglais, le héros qu'un rival astucieux fit empoisonner.

La réalité est bien plus simple que la légende. McLeod était fort, mais il rencontra son maître dans la lutte au poing ; il ne crachait pas dans le whisky, mais il ne fut pas l'ivrogne de légende ; en réalité, dans les registres du magasin des Price, on ne voit pas que McLeod y ait acheté de la boisson plus que trois fois.

Sa superbe santé de légende n'a été qu'une façade ; en réalité il fut souvent malade. On le sait par le compte du docteur Dubois. Ce compte commence avec février 1846 et s'achève le 11 septembre 1852, jour de la mort de McLeod, donc près de sept années. On y voit les soins donnés aux sauvages ; mais comme la note est adressée à « la succession McLeod », il faut bien que ce personnage y ait sa bonne part de dette.

Cette note intéressera tous les médecins, car elle montre une bonne tranche de la vie d'un médecin au milieu d'une population rurale, dans une région de colonisation il y a un siècle.

Ce serait une profanation, croyons-nous, de la résumer ou de la transposer ; le texte tout cru a son éloquence. Les prix sont en pence, shillings et livres sterling. Le total est de £4183/18/9 ; en comptant la livre sterling à quatre dollars, cela représente plus de \$16,000, soit environ \$2,500, par année.

Ce document tue la légende de l'empoisonnement de McLeod par le truchemet des Price ; on voit que le docteur Dubois resta au chevet

de McLeod pendant son agonie de quatre jours, les 8, 9, 10 et 11 septembre 1852, et qu'il eut un autre médecin en consultation ; le charlatan Linguenne disparaît donc dans la nuit des légendes.

Rivière-du-Moulin, 7 janvier 1854

Succession de feu Peter McLeod Junr. au Dr. Dubois

1846				
Fevrier		2 voyages 12 milles à 7/6		9.
		1 voyage de nuit do à 15/		9.
		Détention en différents tems 7 jours à 100/		35.
Mars		3 voyages		13.10.
		Détention en différents tems 6 jours		30.
Avril		2 voyages à 90/		9.
		1 do à pied		25.
		Détention en différents tems 9 jours		45.
Mai	9	Détention 5 jours		25.
Juin	27	Voyage par eau 24 milles à 15/		18.
		Détention 2 jours		10.
Juillet	3	Voyage par eau détent. 3 jours		33.
	11	do do 2 do		28.
	13	do do 1 do		23.
	17	do do 2 do		28.
	22	do do do		18.
	31	do do 2 do		28.
Août	7	do do 1 do		23.
	15	do do 1 do		23.
	27	do do 3 do		33.
Sept.	14	do do 2 do		28.
Déc.	8	Détent. 8 jours		40.
	16	Voyage à pied L25, detent. 4 jours		45.
1847				
Janv.	10	Voyage à 90/		4.10.
	18	do de nuit 180/ détent. 6 jours		39.
	20	do do 1 do		14.
Fev.	7	do détent. 5 jours		29.10.
Mars	16	Voyage a Quebec accompagné de beaucoup de fa- tigue depuis 19 février		250.
				937.10.
Avril	23	Voyage partie par eau partie par terre à pied		22.
Mai	6	Voyage partie par eau partie par terre à pied		22.
		Détention 3 jours		15.
Juin	23	Voyage par eau, détent. 4 jours		38.
	2	do à pied		25.
		Détention 3 jours		15.
Juillet	15	Voyage par eau détent. 2 jours		28.
	11	Voyage par eau détent. 1 jour		23.
	14	do à pied		25.
	18	do par eau détent. 1 jour		23.

Juillet	20	Voyage par eau détent. 1 jour.	50.
	24	do do	50.
	29	do do	50.
	31	do do	50.
Août	2	do do	50.
	4	do do	50.
	6	do do	50.
	8	do do	50.
	10	do do	50.
	13	do do	50.
	18	do do	50.
Déc.	22	do détent. 2 jours	20.
	25	do do 2 do	20.
	28	do do 2 do	20.
1948			
Janv.	4	2 visites et remèdes à sauvages	1.10
	9	2 do do do	1. 7.6
	14	Voyage do do	5.
	18	do do do	5.
	21	2 visites à sauvages, remèdes	1.5.
	25	Voyage et remèdes à sauvages	4.15.
Juil.	14	do par eau détent 1 jour	23.
	18	do do do 1 do	23.
	22	do do do 1 do	23.
	27	do do do 1 do	23.
Août	1	do do do 2 do	28.
	5	do do do 1 do	23.
	11	do do do 1 do	23.
	17	do do do 2 do	28.
	23	do do do 1 do	23.
	28	do do do 1 do	23.
Oct.	2	Détention 8 jours	40.
	16	do 11 do	55.
	23	Voyage à Terres Rompues	25.
Nov.	15	do do do détent. 1 nuit	28.
Déc.	1	do à pied détent. 3 jours	40.
	10	do	4.10.
	30	do de nuit, détent. 8 jours	49.
1849			
Jan.	10	do do do 2 do	19.
	16	do do do 1 do	9.10.
	20	do de nuit détent. 2 jours	19.
	21	do à Terres Rompues	15.
		Détent. 1 jour	5.
Fév.	2	Voyage détent. 2 jours	14.10
	7	do do 1 do	9.10.
	15	do	4.10.
	28	do de nuit détent. 5 jours	34.

Mars	3	Voyage détent. 2 jours	14.10.	
	5	do do 1 do	9.10.	
	7	do do 1 do	9.10.	
	9	do à Terres Rompues prescript remèdes	16.	
Avril	12	do à Québec depuis 10 Mars	250.	
Mai	5	do à pied détent. 3 jours	40.	
	25	do do 4 do	45.	
Juil.	11	Soins pendant six jours et nuits	30.	
	14	do à sauvage pendant 15 jours	12.10.	
Août	2	Soins pendant 3 jours	15.	
	3	4 visites	2.	
	4	4 do	2.	
	5	2 avis	1.	2838.17.6
	6	2 avis	1.	
	7	Visite avis	1.	
Sept.	16	Soins pendant 6 jours et nuits	30.	
	17	4 visites	2.	
	18	4 do	2.	
	20	3 avis	1.10.	
	21	visite	.10.	
	24	4 visites remèdes	2.12.6	
	25	4 do do	2.10.	
	27	4 do do	2.	
	28	3 do do	1.17.6	
	29	3 do	1.10.	
	30	2 do	1.	
		Soins à sauvage pendant 22 jours	22.	
Oct.	7	Voyage de nuit de riv. Valin	10.	
		Soins pendant 4 jours et nuits	20.	
	8	2 visites remèdes	1.5	
	9	2 avis	1.	
	11	2 do	1.	
	12	1 do visite, consultation	1.10	
Nov.	21	Voyage a Terres Rompues détent. 1 jr	12.	
	25	visite, remèdes	.15	
	26	do 2 avis	1.10	
	27	2 avis	1.	
	29	Visite, avis	1.	
	30	Avis	.10	
Déc.	1	do	.10	
	10	Soins et remèdes à sauvage depuis 10 Oct.	60.	
	11	Visite, consultation	1.	
	13	Avis	.10	
	16	Soins et Remèdes à Sauvage depuis 16 Oct.	16.	
1850				
Janv.	10	Soins depuis 23 Déc. 49, jour et nuit	90.	
	11	2 visites	1.	
	12	3 avis	1.10	3132. 7.6
	13	Consultation	.10	

Janv.	15	Avis	.10	
	16	2 avis, remèdes	1.10.	
	20	3 avis, do	2.5	
Fév.	11	Soins et remèdes à Sauvage depuis 15 Janv.	27.	
	16	Soins pendant huit jours & nuits	40.	
	17	4 visites	2.	
	18	3 avis remèdes	2.5.	
	19	Avis	.10	
Mars	2	3 visites remèdes	2.10.	
	3	3 do do	1.15.	
	4	3 do	1.10.	
	6	3 do do	1.17.6	
	8	2 do do	.15	
	18	Soins pendant 10 jours et nuits	50.	
	19	Visites	2.	
	20	2 avis	1.	
		Soins et remèdes à Sauvage depuis 21 Fév.	28.	
	21	Avis	.10	
	23	Visite, remèdes	.15	
	24	3 do do	2.	
	25	2 do 1 visite de nuit, remèdes	2.6.3	
	29	Avis	.10	
	30	2 visites	1.	
	31	Visite, avis, remèdes	1.5	
Avril	2	do do	1.	
	3	2 visites 3 avis remèdes	3.15	
	4	Avis, consultation	1.	
	5	Visite, 2 avis	1.10.	
	6	Avis, remèdes	.17.6	
	7	do	.10	
	12	2 visites, remèdes	1.10	
	13	4 visites, 3 avis, remèdes	4.10	
	14	Avis, remèdes	.17.6	3322.11.3
	19	Avis	.10	
	20	do	.10	
	21	Visite, remèdes	.15	
	26	Avis	.10	
	27	Consultation, remèdes	.17.6	
	28	Visite	.10	
	29	do remèdes	.15	
Mai	3	Avis	.10	
	4	2 avis, remèdes	1.5	
	5	Consultation, avis, remèdes	1.7.6	
	10	do remèdes	.15	
	11	Visite, remèdes	.15	
	12	do consult. remèdes	1.2.6	
	13	Visite	.10	
	17	Visite, avis	1.	
	18	Remèdes	.10	
	19	Consult. 2 avis	1.10	

Mai	25	3 avis, remèdes	1.16.3	
	26	Visite	.10	
		Soins à Sauvage pendant 3 semaines	18.	
Juin	1	Visite, consultation, 2 avis	2.	
	8	Consultation, 3 avis, remèdes	2.17.6	
	9	Visite	.10	
	10	2 visites	1.	
	11	Visite de nuit	1.	
	19	Soins pendant 8 jours et nuits	40.	
	20	4 visites	2.	
	21	2 avis, consultations, remèdes	1.12.6	
	22	2 do	1.	
	23	do soins et remèdes à sauvage 19 jours	19.10	
	28	Visite, avis	1.	
	29	Consultation, avis, remèdes	2.	
	30	2 avis	1.	
Juil.	1	Visite, consultation, remèdes	1. 3.9	3433. 3.9
	2	avis	.10	
	3	3 avis, visite	2.	
	16	2 visites, remèdes	2.10	
	17	2 do	1.	
	18	2 avis	1.	
	19	do	.10	
	20	2 avis	1.	
	22	2 do	1.	
	25	2 do	1.	
	26	Visite, 2 avis, remèdes	1.12.6	
	27	2 Visites	1.	
	28	do remèdes	.17.6	
	29	Visite, 2 avis	1.10	
Août	1	do do remèdes	1.5	
	2	2 avis	1.	
	3	Consultation, 2 avis	1.10	
	4	2 avis	1.	
	5	Consultation, avis	1.	
	6	2 avis	1.	
	8	2 do remèdes	1.5	
	9	2 visites, avis	1.10	
	10	do	.10	
	11	do 2 avis	1.10	
Sept.	27	Visite, avis	1.	
	28	do do consultation	1.10	
Oct.	28	do remèdes	.15	
	29	do	.10	
Nov.	17	Voyage à Terres Rompues par eau et très mauvais tems détent. 1 jour	14.	
	26	Soins pendant 9 jours et nuits	45.	
	27	3 visites	1.10	
	28	2 avis	1.	
	29	2 do	1.	

Nov.	30	Visite, remèdes	.12.6	3527. 1.3
Déc.	2	Avis	.10	
	3	Visite, consultation	1.	
	5	do 2 avis	1.10	
	10	2 visite do consultation	2.	
	11	Avis	.10	
	15	Visite, avis, remèdes	1. 5	
	16	do	.10	
	20	Soins et remèdes à sauvage 29 jrs	30.	
		do do do 14 jrs	14.	
		do do do 10 jrs	10.	
	22	Visite, avis	1.	
	23	Avis	.10	
	26	2 avis	1.	
	27	Consultation, avis, remèdes	1.12.6	
	28	Visite	.10	
	29	Avis	.10	
	30	2 avis, remèdes	1. 7.6	
1851				
Janv.	1	Avis	.10	
	2	2 avis	1.	
	3	visite, consultation	1.	
	5	Consultation, remèdes	.15	
	7	2 avis	1.	
	10	2 avis	1.	
	11	Visite	.10	
	15	Voyage de nuit à Terres Rompues	7.	
	17	2 visites, avis	1.10	
	18	2 do	1.	
	21	Consultation, 2 avis, remèdes	1.17.6	
	25	Voyage à Terres Rompues	3.10	
	26	Visite, pensement, remèdes	1.10	
	27	do do	1.	
	28	do do	1.	
	29	do do	1.	
	30	do do	1.	
	30	Soins et remèdes au sauvage, 15 jrs	15.	
Fév.	2	2 consultation, 2 avis, remèdes	2.10	
	3	Visite, avis	1.	
	4	Consultation, remèdes	.15	
	15	Soins et remèdes à Sauvage 11 jrs	11.	
	17	2 avis	1.	
	18	2 do visite	1.10	
	25	Consultation, visite, remèdes	1. 5	
	26	2 avis	1.	
Mars	1	Visite	.10	
	3	do	.10	
	6	3 avis	1.10	
	10	Consult. 2 avis, remèdes	2.	

Mars	12	Visite, remèdes	.12.6	
	15	2 avis	1.	
	17	2 do	1.	
	20	2 visites 2 avis, remèdes	2.5	
	21	Avis	.10	
	25	Consultation, avis, pensement	1.10	
	27	Visite pensement	1.	
	28	2 avis	1.	
	30	Visite, avis	1.	
Avril	1	Visite, remèdes	.15	
	2	do	.10	
	4	2 avis	1.	
	5	2 do	1.	
	7	2 do	1.	
		Soins et remèdes à sauvage 10 jrs	10.	
	8	2 avis	1.	
	10	2 do	1.	
	14	Visite, avis, remèdes	1. 5	
	17	2 avis	1.	
	18	2 do remèdes	1.10	
	19	Visite, do	.15	3691. 1.2
	23	do do	.12.6	
	28	do consultation, avis, remèdes	2.	
Mai	10	do avis, remèdes	1. 7.6	
	11	do	.10	
Juin	18	2 visites, remèdes	1.5	
	19	1 do do	.15	
	20	do	.10	
	29	Soins depuis 29 Avril	118.	
Juillet	12	Voyage au Lac St-Jean	110.	
	19	Visite avis remèdes	1.5	
Août	30	Soins depuis 12 Juillet	90.	
Sept.	22	Voyage à Terres Rompues	6.10	
Nov.	3	2 visites, remèdes	1.5	
Déc.	7	Soins à Nourrice 4 jours	6.	
	15	do à sauvage 5 jours	7.	
	20	avis	.10	
	21	Visite, remèdes	1.	
1852				
Janv.	13	2 avis	1.	
	14	do	.10	
	20	Visite, avis	1.	
	22	Avis, remèdes	.17.6	
Fév.	3	Visite, consultation, remèdes	1. 7.6	
	4	2 avis	1.	
	8	visite	.10	
	11	avis	.10	
	13	Soins à sauvage 9 jours	10.	
	18	Visite	.10	

Fév.	19	Avis	.10
	20	2 avis	1.
Mars	1	Consultation, remèdes	.15
	3	Avis	.10
	4	Visite, remèdes	.12.6
	10	Soins et remèdes à sauvage 3 jours	2.5
Avril	3	Visite avis remèdes	1.12.6
	12	Soins et remèdes à sauvages 5 jours	6.
	20	Visite, remèdes	.12.6
	26	Soins pendant 27 jours	54.
Mai	2	Avis	.10
	3	Visites, remèdes	.17.6
	4	Avis	.10
	5	do	.10
	11	Visite 2 avis remèdes	1.15
	29	Avis	.10
	30	Visite, avis	1.
Juin	4	do 2 avis remèdes	1.17.6
	22	2 visites 2 avis do	2.5
Juil.	10	Visite 3 avis consultation	2.10
	23	Soins pendant 19 jours	38.
	31	Visite, avis	1.
Sept.	11	Soins depuis 8 Sept.	15.
		Consultation avec médecin	3.
			<hr/>
			4183.18.9
			<hr/>
			près de \$16,000.

Il faut remarquer que jusqu'au mois de juin 1849, je résidais à la Grande-Baie.

Les voyages depuis le 20 juillet jusqu'au 18 août 1847 ont été chargés au prix élevé de £50 en raison des risques et dommages que j'ai encourus.

Il faut considérer qu'alors j'ai traité un grand nombre de cas de typhus à Chicoutimi, que j'avais en même tems, sous mes soins, un nombre à peu près égale de cas de typhus à la Grande Baie, que j'étais alors le seul médecin dans le Saguenay ; par conséquent j'ai été exposé à la misère de voyages réitérés et presque tous de nuit, dans une chaloupe ouverte, particulièrement pendant quinze nuits consécutives, au manque de repos, à l'épuisement en fin à presque toutes les causes de la contagion, dans ces voyages continuels.

J'ai contracté la maladie que j'avais évitée autrement et j'ai failli en mourir.

Les conséquences ont été et sont actuellement une altération permanente dans ma constitution et ce pour le pire.

MOUVEMENT MÉDICAL

CLINIQUE, PSYCHOTHÉRAPIE ET DIRECTION D'ÂME

par

l'Abbé Jean-Pierre SCHALLER, S. T. D.

Plus on avance dans les découvertes, plus les sciences précisent certaines notions jadis obscures, plus on se rend compte que l'homme est un être compliqué. Et par ce mot (du latin : *complicare*) il faut entendre qu'il y a chez les êtres raisonnables un ensemble de tendances pliées et repliées sur elles-mêmes, embrouillées, qui rendent ardues tant la thérapeutique que la direction d'âme. On ne peut dès lors que saluer avec un grand intérêt les ouvrages actuels traitant de l'homme dans un esprit de synthèse. C'est ainsi que l'essai intitulé *Médecine psychosomatique*, paru en français en 1952, est un ouvrage enrichissant pour de multiples raisons¹. D'abord il provient d'un clinicien et d'un psychiatre, le professeur Edward Weiss et le professeur O. Spurgeon English, de la Faculté de la *Temple University*, à Philadelphie. Le but des auteurs est de faire une application pratique de la psychopathologie aux problèmes cliniques de la médecine générale. Immédiatement on évite ainsi un écueil. Le malade ne sera pas considéré uniquement sous son aspect somatique, physiologique, sans tenir compte du facteur

1. Edward WEISS et O. Spurgeon ENGLISH, *Médecine psychosomatique*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris, 1952. Traduit par D. BOURQUIN.

psychique et de sa vie émotionnelle. Il ne sera pas non plus considéré comme un patient souffrant moralement indépendamment de son état physique. Le clinicien avertira le psychiatre de la nécessité de ne négliger aucunement l'étude approfondie de l'organisme ; et le psychiatre rappellera à son confrère que l'origine de troubles somatiques — ou un effet de ceux-ci — est souvent d'ordre psychique.

Si ensuite un directeur d'âme, soucieux de la vie religieuse du malade, de son comportement éthique et moral, vient à étudier le recueil en question, il sera frappé des nombreux exemples que les médecins présentent à l'appui de leur thèse. Il puisera une indispensable clairvoyance dans des arguments pénétrants qui présentent l'homme comme un ensemble tel que la vie spirituelle est rendue dépendante, avec exactitude, des conditions charnelles. Le théologien, parfois, ne pourra accepter les méthodes thérapeutiques préconisées si elles vont directement contre une morale qui, dans ses principes, ne souffre pas d'exception. Mais loin de se soucier uniquement des erreurs éventuelles, le prêtre veillera à glaner des conseils utiles et fructueux pour un ministère éclairé. La traduction française de ce volume américain représente une heureuse initiative et s'il n'est pas seul dans son genre il a l'avantage, cependant, de construire une synthèse où chaque malade y trouve son profit, où chaque praticien surtout y puise des lumières, où chaque directeur d'âme, enfin, y découvre la prudence. Car une âme est tributaire d'éléments divers et complexes : on ne se rend pas au Ciel comme un calme navire suit sa route sur une mer tranquille. Tous les remous et les orages qu'il faut affronter ont leur origine précisément dans cet ensemble tourmenté qui forme ce qu'on appelle l'être humain. Un individu dépend de son passé comme du climat où il vit, de son cerveau comme de ses endocrines, de ses nerfs comme de son psychisme. Et c'est cela qui permet de dire que le clinicien, le psychiatre et le directeur spirituel doivent être des collaborateurs et non pas des étrangers l'un pour l'autre.

VIE ÉMOTIONNELLE ET MALADIE

Tout au cours de l'ouvrage, qui possède plus de cinq cents pages, les auteurs relatent que ni une science pathologique approfondie, ni

l'expérience acquise dans les hôpitaux, ne fournissent la clef du problème clinique. Dans la préface le docteur E. Weiss apporte un exemple convaincant, parlant d'un médecin qui n'est autre que lui-même.

« Une jeune femme était venue le consulter pour des maux de tête dont on n'arrivait pas à trouver la cause. Il se mit, avec tout le zèle et la science dont il était imbu, à l'investigation du cas. Après avoir procédé à un examen complet avec analyses, il pratiqua une ponction lombaire. La malade, malheureusement, allait de plus en plus mal : aux maux de tête, toujours plus violents, s'étaient ajoutés des douleurs dorsales et des troubles intestinaux. Le jeune médecin reprit ses recherches, mais, en dépit de tous ses efforts, le diagnostic continuait à lui échapper ; à tel point qu'il s'étonne aujourd'hui encore de ce que la famille de la malade ait tardé si longtemps à changer de médecin. Elle finit cependant par le faire et par remettre la jeune femme aux soins d'un praticien plus âgé et plus expérimenté, qui l'avait soignée lorsqu'elle était enfant. Il ne fallut pas longtemps à ce dernier pour découvrir ce qui avait échappé à son jeune collègue : le fait que le frère de la malade, qu'elle adorait et qui jouait le rôle de chef de famille, s'était mis à faire la cour à une jeune femme qu'il allait sans doute épouser. Les troubles de la malade n'avaient d'autre sens que de servir d'expression, selon un mode infantile, à son mécontentement et à sa désapprobation. Dès qu'elle fut au clair sur la signification véritable de ses symptômes, elle en fut délivrée » (*op. cit.*, p. V).

Cet exemple, choisi parmi tant d'autres cités dans le volume, révèle l'importance d'une émotion pour la vie du sujet. Ce serait être naïf, dès lors, que de se cantonner dans des recherches uniquement organiques pour déceler la cause d'une maladie ou pour en découvrir le remède.

« Le psychisme sera considéré avec plus de respect lorsqu'on aura reconnu qu'il y a en lui une force capable d'engendrer la maladie » (p. 5).

Ceci étant établi il convient, alors, de se garder d'un excès contraire. Aujourd'hui, en effet, sous l'influence d'une abondante littérature qui souhaite trop souvent vulgariser des notions qui ne devraient pas être livrées sans discernement au vaste public, on a tendance, parfois, à ne recourir qu'au psychiatre, oubliant l'importance de la clinique. Aussi, après l'exemple cité plus haut, faut-il s'empresse de parler d'un autre cas illustrant un défaut contraire. Il s'agit d'une femme de 50 ans, se plaignant de maux de tête, de convulsions et de migraine. Une né-

vrite optique compliquait encore sa situation et le syndrome de la ménopause s'ajoutait à ces difficultés. Quatre fois la patiente fut admise à l'hôpital. Son état allait de plus en plus mal. Elle sentait une rigidité de tout le corps, des spasmes des muscles de la mâchoire, une incontinence de la vessie et des intestins et une perte de connaissance. Les auteurs, alors, écrivent :

« L'anamnèse donnait de telles indications sur les difficultés émotionnelles de tous genres qui avaient pesé sur la vie de la pauvre femme qu'on était en droit de penser que la plupart des symptômes avaient une origine émotionnelle ; et cela d'autant plus que tous les examens précédents avaient exclu une lésion intracrânienne ou une affection d'ordre neurologique ; la malade étant aux prises avec la ménopause, tout le monde s'était mis d'accord sur un diagnostic qui incriminait les facteurs psychiques et l'âge critique. Il fallut l'insistance opiniâtre du psychiatre pour que l'on appliquât l'encéphalogramme, qui révéla l'existence d'une *énorme lésion intracrânienne*, occupant toute la région frontopariétale ! Une fois de plus, on avait là une démonstration de la nécessité d'un diagnostic bilatéral, qui tienne compte des données organiques et des données psychologiques, le danger étant aussi grand de se confiner exclusivement dans l'un ou dans l'autre » (460).

Ces cas concrets illustrent à merveille la nécessité de considérer l'état psychosomatique d'un malade. L'erreur serait grande de vouloir séparer, comme cela se fit parfois dans l'histoire de la médecine, le psychique du somatique ou vice versa. C'est ce qui fait écrire aux auteurs :

« La tension émotionnelle qui passe par le système nerveux autonome exerce certainement une influence sur la chimie du corps, et une altération de cette chimie agit à son tour sur la vie émotionnelle. En l'admettant loyalement, on abattra une fois pour toutes la cloison étanche qui a été établie dans le passé entre les facteurs émotionnels et les facteurs organiques. Une thérapeutique dans laquelle les éléments bio-chimiques et psychologiques seront traités de pair constituera certainement la thérapeutique de l'avenir » 2.

On devine aisément que tout ceci laisse le directeur d'âme un peu songeur. Car fréquemment il a devant lui des êtres qui, l'appelant au

2. *Op. cit.*, p. 44. A la page précédente on peut lire cette remarque : « La contraction des glandes lacrymales qui provoque les pleurs, la dilatation des vaisseaux qui déclenche le rougissement, la transmission des phénomènes nerveux du cerveau aux yeux ou à la joue ne peuvent se décrire qu'en termes physiologiques, tandis que les émotions qui ont suscité les mêmes phénomènes ne peuvent se décrire qu'en termes psychologiques. »

secours, viennent de subir un choc affectif, ce qui correspond à l'émotion dont parlent les médecins américains. La tâche du prêtre, au parloir ou au confessionnal, n'est certes pas de soigner l'organisme, ni même le psychisme comme tel : pour cet office existent des spécialistes et des praticiens. Le directeur d'âme pour autant, après avoir conseillé au dirigé de se rendre chez des médecins consciencieux, devra envisager ses « soins » en fonction de la maladie du pénitent ou du fidèle. L'ouvrage dont nous parlons révèle précisément combien serait vain l'effort du ministre de la religion qui voudrait conduire à Dieu tous les chrétiens d'une manière absolument identique en chaque cas. Ce n'est pas faire un affront à la religion ou au Créateur que d'affirmer que celui qui souffre d'une cirrhose du foie ou celui qui est atteint d'une tuberculose osseuse progressent différemment sur le chemin qui conduit à l'éternité. La grâce viendra se greffer sur une nature qui oppose quelque résistance ou qui s'avérera réceptive en fonction de la maladie qui tourmente le sujet. Nous avons longuement développé ce thème ailleurs.³ Mais l'ouvrage des professeurs de Philadelphie ne fait que confirmer tout ce que les théologiens enseignent concernant l'individualisme très net à observer dans la direction des âmes. Ce n'est même plus dès lors de malades proprement dits qu'il s'agit : chaque homme et chaque femme connaîtront des émotions dans leur vie. Certains sauront tranquillement surmonter le conflit, d'autres resteront marqués par une crise violente, d'autres encore en feront une véritable maladie.

« Ce qu'il importe de déterminer, ce n'est pas seulement que tel ou tel événement est survenu dans la vie du malade, mais bien plus la faculté du malade de faire face à cet événement, son mode de réaction, la nature et la gravité de ses conflits, ses déficiences physiques et son tempérament » (*Médecine psychosomatique*, p. 232).

Cette « faculté de réaction » a aussi son importance pour la direction d'âme. Car c'est un être modelé peu à peu par l'existence que le prêtre a devant lui. Cette formation dépend du passé de l'individu, de la manière dont il se nourrit, se repose, se récrée, mais aussi de la façon dont il a réagi devant les émotions qui sont entrées dans la trame de sa vie. On devine par conséquent le rôle capital que va jouer la jeunesse

3. Voir notre ouvrage : *Secours de la grâce et secours de la médecine*, Desclée de Brouwer, Paris-Bruges, 1955.

du sujet dans son avenir et l'ouvrage des professeurs américains possède des pages bouleversantes sur la valeur du développement émotionnel de la tendre enfance.

IMPORTANCE D'UNE ENFANCE ÉQUILIBRÉE

Une constatation générale aujourd'hui montre que tous les médecins sont extrêmement soucieux du passé, plus spécialement de l'enfance, de leurs patients. La psychanalyse a eu l'avantage de faire découvrir combien les premières années de la vie influencent le déroulement de l'avenir. Et si l'on parle de médecine psychosomatique on s'expose inévitablement à fouiller dans le passé du malade et peut-être à y découvrir l'origine et l'explication de troubles divers.

« Ayant été privé d'amour et d'indulgence l'enfant en devient parcimonieux sur le plan affectif et sur le plan matériel ; il pratique un véritable culte à l'égard du devoir et se refuse aux joies de l'existence » (23).

Or de refuser la joie est sans doute une méthode nocive tant pour la vie psychique que pour la santé corporelle. Au ^{xviii}^e siècle saint François de Sales, Bossuet et Fénelon ne pouvaient assez rappeler à leurs dirigés l'influence de la joie et sa nécessité pour réussir la vie, tant sur le plan naturel que surnaturel. L'archevêque de Cambrai, au mois de juillet 1689, écrivait de Paris à un militaire :

« Je souhaite fort, Monsieur, que vous soyez en pleine liberté de vous réjouir innocemment ; car la joie est très utile et très nécessaire pour votre corps et pour votre âme » ⁴.

On comprend donc un peu que les auteurs américains accusent volontiers, mais avec une nette objectivité, les parents qui n'ont pas veillé à créer un climat de confiance pour l'enfant grandissant. Il faut même remonter, disent les professeurs de Philadelphie, jusqu'à l'époque où l'enfant est nourri par sa mère.

« On ne peut que déplorer le fait que tant de mères modernes, qui pourraient nourrir leurs enfants au sein, s'y refusent, estimant qu'elles ont fait tout leur devoir lorsqu'elles leur ont procuré par

4. FÉNELON : *Correspondance*. Ferra Jeune, Paris, 1827, t. v, p. 496.

de savants dosages le nombre voulu de calories. Ce qu'on peut dire à leur décharge, c'est que, souvent, elles ne savent pas ce que représente pour l'enfant l'alimentation au sein, au point de vue de son développement émotionnel : la satisfaction qu'il en éprouve lui procure un sentiment de sécurité grâce auquel il est, mieux qu'un autre, immunisé contre les troubles émotionnels »⁵.

Tout ceci est du plus grand intérêt également pour un prêtre. Appelé à conseiller des époux et des parents il aura à cœur de tout mettre en œuvre pour favoriser une ambiance cordiale au foyer. Puisque le développement émotionnel d'un être commence là déjà, la responsabilité, les charges et les devoirs qui se rapportent au quatrième commandement de Dieu sont là déjà aussi urgents. Si ce commandement exige l'obéissance des enfants à l'égard de ceux qui leur ont donné la vie, il exige également le respect des parents pour les êtres qu'ils ont mis au monde.

Une observation des docteurs Weiss et English montre une fois de plus la valeur des premières années d'un homme. Chacun connaît ce « défaut » des enfants de sucer leur pouce. Cette habitude peut subsister des années durant.

« L'enfant y trouve son plaisir et une compensation à un chagrin momentané. Lorsqu'il a faim, qu'il est énervé, fatigué, ou qu'il en a assez d'être seul et qu'on ne lui accorde aucune attention, il se console de cette manière » (p. 141).

Ceci dit, les auteurs indiquent les remèdes qui s'imposent et, entre autres, écrivent en parlant de l'enfant :

« Jouez avec lui, procurez-lui des jouets adaptés à son âge ; encouragez-le à jouer avec d'autres enfants de son âge. Trouvez-lui un champ d'activité et d'exploration aussi étendu que possible. Si l'atmosphère que vous créez autour de lui n'a pas été jusqu'à présent harmonieuse, bienveillante et détendue, efforcez-vous d'y remédier plutôt que de vous hypnotiser sur l'habitude de l'enfant » (*ibidem*).

5. *Médecine psychosomatique*, p. 22. A la page précédente les auteurs écrivaient : « Toute la vie de l'enfant, pendant la première année, est centrée sur la fonction digestive. Si elle a été associée dans son esprit à des luttes, des privations, un manque d'affection, elle le restera, et lorsque, plus tard, les circonstances de la vie le mettront en présence des mêmes éléments, les symptômes de son enfance réapparaîtront. Ce sera au moment où il se sentira frustré par le destin, maltraité par des camarades, méconnu dans sa profession, ou incompris par son conjoint. »

Pareilles constatations font regretter cette tendance, fréquente aujourd'hui, de placer l'enfant dans des *bomes*, des jardins d'enfants, etc., tout le jour, parce que père et mère se livrent ailleurs à leurs travaux. Il y a des cas où de pressantes nécessités financières peuvent exceptionnellement justifier cette méthode. Mais il y a d'autres cas où la soif d'avoir beaucoup d'argent pour pouvoir beaucoup s'amuser semble opérer un renversement de la hiérarchie des valeurs. Rien ne remplace le climat familial pour le petit. Et si les auteurs affirment qu'

« on doit accorder à la capacité affective beaucoup plus d'attention qu'on ne l'a fait dans le passé » (p. 29),

c'est que, déjà, dans la tendre enfance, il faut éduquer, élaborer, entretenir sainement le développement émotionnel du rejeton. Il n'est pas nécessaire d'être expert en pédagogie ou en pédiatrie pour élever harmonieusement les enfants. Dieu donne à des parents — à moins de cas extraordinaires — des dons naturels qu'il leur appartient alors de développer. Voilà pourquoi les médecins américains écrivaient qu'il faut insister, dans le développement de la personnalité,

« sur ce qui doit être *donné* à l'enfant au cours de sa croissance, en amour, tendresse, patience, tolérance, chaleur, sécurité et notions saines, qu'il s'intégrera petit à petit au moyen de ses propres expériences. On n'insistera jamais assez là-dessus. Il y a trop de parents intelligents, mais névrosés, qui élèvent leurs enfants au moyen de directives puisées dans des traités de psychologie, tout en faisant peser sur eux leurs propres conflits. À l'autre extrême, on voit des parents bien équilibrés, unis, qui aiment leurs enfants, et qui, sans avoir jamais mis le nez dans un livre d'éducation ou de psychologie, savent leur procurer une parfaite stabilité émotionnelle. Il est certain que *l'atmosphère absorbée au foyer est infiniment plus importante pour l'enfant que tous les préceptes de psychologie dont leurs parents peuvent s'inspirer* » (pp. 29-30).

Un prêtre ajoutera qu'une vie religieuse sincère et fidèle de la part des parents favorisera aussi chez eux l'absence d'égoïsme et le désir de préparer pour la chrétienté des membres solides, équilibrés, capables d'affirmer leurs croyances par la parole et par l'exemple. C'est servir Dieu que d'éduquer des enfants avec bon sens et tendresse. C'est servir l'Église que de permettre à des adolescents de s'épanouir dans un climat de véritable amour et non point de sensibilité malade ou de raideur

glaciale. Gilbert Cesbron, dans un de ses derniers romans, parle d'un pauvre enfant abandonné qui observait, dans la rue, un chien perdu, errant, que la police allait saisir. Survient un autre chien, sans collier lui aussi, qui aborda le premier animal, et les deux bêtes repartirent ensemble, faussant compagnie aux gendarmes. L'enfant, témoin de la scène, se disait en lui-même :

« Ils sont sauvés... Sauvés, j'en suis sûr... Parce que l'autre est arrivé... parce qu'ils sont deux... »

L'auteur ajoute :

« Sauvés parce qu'ils sont deux... Mais le secret des chiens perdus n'est-il pas aussi celui des enfants abandonnés ? »⁶.

Ce récit nous révèle, de manière poignante, la puissance de l'affection : combien d'enfants seraient devenus des êtres de valeur si simplement ils avaient eu quelque soutien compréhensif pour les assister dans leurs premiers pas ? Les auteurs américains font leur une affirmation d'un confrère disant :

« La soif d'affection de l'enfant, et son anxiété lorsqu'elle n'est pas satisfaite, sont biologiques, liées à son existence même et capables de produire des altérations biologiques dont on ne saurait sous-estimer l'importance » (p. 480, docteur Saul).

C'est donc une question biologique qui est en cause et l'on voit par là comment la morale est mêlée aux sciences si elle veut être éclairée.

« Le manque de chaleur qui règne dans le foyer peut compromettre gravement le développement de la personnalité des enfants, et, si cette lacune n'est pas comblée par d'autres membres de l'entourage, elle peut même déclencher en eux des troubles nerveux du caractère » (p. 126).

Ces constatations d'ordre médical peuvent expliquer plus d'une attitude au pasteur d'âme qui se trouve en face de conflits affectifs. Diverses questions, posées avec tact et discrétion, feront remonter au passé du sujet pour découvrir le point de départ de tel conflit, le motif de telle soif de tendresse, la source de telle crise. Tantôt les parents,

6. Gilbert CESBRON : *Chiens perdus sans collier*. Robert Laffont, Paris, 1954, p. 15.

occupés ailleurs, soucieux, dirigés vers leurs propres difficultés, ont oublié qu'il fallait à leurs enfants plus que du pain sur la table ou des habits sur le corps. Tantôt les parents, désireux de voir leurs rejetons briller et devenir des aigles, ont pensé à la formation intellectuelle de ces derniers, à leur attitude morale, mais ont ignoré leur vie affective.

« Un malade que nous avons soigné gardait un souvenir affreux des parties de tennis auxquelles son père — fervent de ce sport — l'astreignait, le grondant et le bousculant parce qu'il ne faisait pas des progrès assez rapides, jusqu'au moment où l'enfant se cabrait et refusait de jouer. Son père le traitait alors avec mépris de « mauvais joueur » (pp. 35-36).

L'anxiété se développe peu à peu dans l'âme du petit. Une certaine méfiance révèle quelque hostilité à l'endroit des parents. Ou bien l'enfant devra subir « l'autoritarisme d'une mère sévère et possessive » et il gardera en lui une rancune qui engendrera de dangereux complexes. C'est pour cette raison que les professeurs de Philadelphie relèvent qu'il faut parfois chercher une solution

« dans l'application de la psychothérapie à la mère, plutôt que dans l'élaboration de nouvelles formules pour l'enfant » (p. 140).

Certains êtres ont vécu dans la crainte lorsqu'ils étaient à la maison : on devrait sans cesse se surveiller, éviter de laisser à de jeunes forces ou à des enthousiasmes naïfs quelque éclat, car pareille pétulance entraînait des sanctions. Les parents, progressivement, incarnaient l'obstacle pour leurs enfants, et non pas les confidents. Le petit se repliait sur lui-même.

« Où trouvera-t-il la joie de vivre s'il entend constamment répéter : Ne dérange pas ta mère, elle a la migraine, ou : Ne fais pas de bruit, maman est souffrante, ou enfin, ce qui est beaucoup plus grave : Ta mère a tellement souffert pour te mettre au monde qu'elle n'a jamais été bien depuis » (p. 163).

Peu à peu l'enfant compte avec cet état de choses, semble s'acclimater, mais il y aura plus tard des réveils douloureux et lui-même, comme son entourage, en subiront les lamentables conséquences. On aura beau s'inspirer de méthodes et de manuels :

« Aucun traité d'éducation ne remplacera jamais la force puisée par les enfants dans une atmosphère familiale heureuse et saine.

C'est pourquoi, lorsqu'un adolescent en appelle au médecin, parce qu'il ne peut en appeler à ses parents, le rôle du premier ne doit pas être celui d'un savant qui traite un cas, mais celui d'un père qui s'intéresse, humainement, au sort de l'enfant » (p. 164).

Cette dernière remarque, courageuse, fait penser à d'autres lignes de l'ouvrage :

« Si les parents n'ont pas réussi à donner la sécurité physique et morale dont il avait besoin, le médecin est appelé à se substituer à eux dans cette tâche et à rétablir le rythme physiologique qui a été dérangé. Même si des altérations profondes se sont produites, il ne doit pas se laisser décourager dans cet effort, mais le poursuivre jusqu'à ce qu'il ait pu obtenir le retour à un état de choses normal et empêcher le mal de prendre de l'extension » (p. 102).

Une fois encore le directeur d'âme, lui aussi, pourra entrer en action aux côtés de la thérapeutique. Chaque prêtre a eu l'occasion, dans sa vie, d'avoir devant lui un enfant ou un adolescent effondrés parce que « chez nous » ça ne va pas... Manque de calme, d'affection, atmosphère tendue, parents perpétuellement en querelle, alcoolisme, soucis pratiques et matériels, crainte d'avenir, tel est le bilan familial. Et dans cet orage grondant continuellement, aucun jour de détente complète, aucune invitation à la confiance. Le médecin et le prêtre doivent alors, sans humilier les parents, ouvrir non seulement leur intelligence mais leur cœur aux confidences qui, peu à peu, se font entendre. Mais si la situation a entraîné un véritable conflit engendrant la morbidité, un malaise somatique, il faudra prudemment songer aux bienfaits de la clinique et d'une thérapeutique revigorante en plus de la paix à procurer à l'âme.

DIRECTIVES DOUTEUSES

Un ouvrage du genre de celui des docteurs Weiss et English apporte aux parents et aux prêtres, ainsi qu'aux pédagogues, des éclaircissements précieux sur plus d'un point. Mais hélas ! parfois le moraliste doit donner l'alarme si le processus thérapeutique s'oppose à la morale naturelle ou chrétienne. Il y a trois problèmes précisément, dans l'œuvre dont nous parlons, qui semblent résolus d'une manière qu'un théolo-

gien ne saurait faire sienne. Si la biologie entre dans le plan de l'éthique il est périlleux alors de ne pas concilier les données d'une nature sur laquelle se fondent et les sciences exactes et la morale. Voilà pourquoi le théologien, ici et là, est obligé de ramener certaines affirmations à des limites plus conformes aux vues du Créateur.

La première difficulté qui semble découler de diverses pages des auteurs américains concerne ce qu'on nomme la masturbation. On en parle comme d'un « phénomène naturel » qui risque d'infirmer ce qu'enseignent les traités de morale. Si l'on parle de la bienfaisance des pollutions nocturnes on doit certes admettre le terme « phénomène naturel ». On doit également prêter une oreille attentive aux médecins écrivant :

« Il faut dire et redire que la masturbation n'est jamais, comme telle, la cause directe d'un mal quelconque. De quoi n'a-t-on pas menacé les enfants qui s'y livraient ? Ils deviendraient idiots, impotents, fous, etc. . . ! » (p. 145).

Il faut en convenir : c'est un procédé malhabile et peu loyal que de faire peur à l'enfant ou à l'adolescent par des menaces non fondées. Mentir ne sera jamais une heureuse méthode pédagogique. Mais cela ne revient pas à dire que la chose est licite, même si elle n'est pas nocive. Car alors il y aurait beaucoup d'entreprises, dans la vie sexuelle, qui sembleraient recommandables pour la seule raison qu'elles n'apportent aucun tort à la santé. Le critère est ailleurs. Il consiste à savoir si une satisfaction charnelle est louable alors qu'elle n'est aucunement liée, ni de près ni de loin, au but de la procréation et qu'elle n'est recherchée que pour un plaisir égoïste, au sens d'un autre médecin, le docteur Marcel Eck, qui, dans une étude parue en 1953, écrivait que

« la masturbation du garçon est le prélude normal, mais non moral, à la vie sexuelle ». 7

7. Docteur M. Eck, « La frigidité ». *Cahiers Laënnec*, décembre 1953, no 4, p. 31. Ce médecin-assistant des hôpitaux de Paris, avait écrit à la page 10 : « La satisfaction orgasmique masturbatoire est à peu près constante chez le garçon alors que chez la fille il en est tout autrement. On peut considérer que plus de 95 % des garçons ont éprouvé volontairement l'orgasme masturbatoire, les 5 % qui ne l'ont pas éprouvé sont plus suspects d'anomalie que de vertu ; un garçon qui n'a connu à aucun moment la masturbation est suspect de troubles du développement affectif ou sexuel. » En note l'auteur s'empresse d'ajouter : « Ceci ne veut absolument pas déculpabiliser totalement la masturbation, mais ceci signifie qu'habituellement la découverte de la masturbation ne met pas initialement en jeu la responsabilité morale. »

Peut-il donc véritablement exister une opposition entre normal et moral? N'est-ce pas découvrir un divorce entre la biologie et l'éthique? Le mot normal semble mal choisi, voire inexact, en l'occurrence. Ce n'est pas une chose ordinaire et régulière, essentiellement dans les normes, que de débiter sa vie sexuelle par des masturbations répétées : nous disons « répétées » pour exclure ce qu'on pourrait nommer très improprement un péché par surprise. Le confesseur ne peut approuver le pénitent s'accusant de masturbation. Or si le procédé était absolument normal, serait-il encore une faute, serait-ce encore une matière à confesser? Dans un ouvrage également de provenance américaine, écrit par un prêtre et un médecin, certaines pages rappellent que la masturbation

« est une mauvaise adaptation, chez un adolescent, à sa nouvelle forme d'existence ». 8

Et ici aussi le médecin s'empresse d'observer que

« des études scientifiques sérieuses semblent démontrer que la masturbation ne peut entraîner aucune maladie physique » (*op. cit.*, p. 525).

Pour autant le fait n'est pas désigné comme normal et le théologien écrit, dans le même volume :

« Le prêtre recommandera plutôt les moyens surnaturels, comme la prière et les sacrements, qui entretiendront la grâce divine, si nécessaire dans ce cas » (p. 530).

Le deuxième problème soulevé par le traité de Médecine psychosomatique qui nous occupe est celui de la contraception. Ici encore certains passages laissent deviner une compréhension des choses qu'un moraliste ne peut louer. C'est ainsi que les auteurs écrivent :

« La vie, telle qu'elle se présente actuellement, fait du contrôle des naissances une nécessité. Les méthodes anticonceptionnelles jouent donc un rôle important dans l'établissement de relations sexuelles satisfaisantes entre les conjoints. Beaucoup de gens conservent des scrupules qui disparaissent, cependant, à

8. J. H. VANDERVELDT et docteur R. P. ODENWALD : *Psychiatrie et catholicisme*, Mame, Paris-Tours, 1954, p. 527. Traduit de l'américain par M. Lotrel-Tschirret.

mesure que l'on devient plus conscient de la nécessité de contrôler les naissances » (p. 399).

Cette dernière expression « contrôler les naissances » peut être mal interprétée ou bien comprise. Tout ce qui joue la nature, tout ce qui s'oppose à son cours habituel, tout ce qui suscite le plaisir sans permettre les suites possibles de cette satisfaction, sont autant de mesures qui tiennent tête à l'auteur de la nature, donc au Créateur. Chaque confesseur connaît le délicat problème soulevé par la vie conjugale et l'effort nécessaire pour que les fidèles l'observent de la manière dont Dieu l'entend. En décembre 1954, les *Cahiers Laënnec* ont fait paraître un excellent recueil sur la fécondité et la continence périodique. Les données médicales concernant la méthode Ogino y sont clairement expliquées. Et le R. Père E. Tesson, de l'Institut catholique, y rappelle les exigences de la morale chrétienne, sans cacher combien l'amour de Dieu doit être à la base des sacrifices indispensables dans ce domaine. Ce *Cahier* ne donne aucunement raison aux auteurs américains qui écrivent dans le traité de *Médecine psychosomatique* :

« Bien que les médecins soient, à titre individuel, de plus en plus compréhensifs en ce qui concerne l'emploi des moyens anti-conceptionnels, le corps médical dans son ensemble reste cantonné dans un conservatisme qui va jusqu'à leur refuser toute légitimité à moins que les conditions physiques de la maladie ne le justifient » (p. 400).

Le conservatisme en question est simplement l'application de la morale naturelle, des principes d'éthique, à un commerce charnel voulu par Dieu dès l'origine de l'humanité, ayant pour but premier la procréation. L'enfant est le premier justificatif du mariage. Le *Droit canon* ne lésine aucunement sur ce point (can. 1013, § 1). Si la nature elle-même propose la stérilité temporelle ou perpétuelle, rien, à ce moment-là, n'atteint la dignité du Créateur. Mais un procédé artificiel s'oppose directement aux normes établies par la nature, même si « les conditions physiques de la malade » laissent à désirer. D'autre part, certaines méthodes de contraception sont très nocives pour les conjoints, créent un sentiment d'insatisfaction et de frustration qui peut être à l'origine de quelque névrose. Ce qui doit surtout récon-

forter les époux dans leurs difficultés matrimoniales et sexuelles ce n'est pas la lettre mais l'esprit. Et si l'Église catholique se plaint à rafraîchir fréquemment et impérieusement la mémoire des fidèles en ces matières ce n'est pas au nom d'une morale étroite et rigoriste. Comme l'écrivait le R. Père Tesson, s.j., dans l'article cité plus haut :

« L'Église peut assurer que ce n'est pas une puissance aveugle ou tyrannique qui nous impose ces déchirements et ces sacrifices, mais qu'en définitive c'est l'amour de Dieu qui gouverne nos vies. »⁹

Enfin, le troisième problème pouvant inquiéter le théologien dans l'ouvrage américain est la question du divorce. Un exemple de ménage malheureux est proposé par les auteurs.

« Un couple, marié depuis dix ans, et en proie à la mésentente, avait fini par admettre, au cours de nos entretiens, que, dès le début de leur mariage, ils avaient pris l'habitude de ne pas s'ouvrir l'un à l'autre ; en cherchant à s'épargner mutuellement et à ne pas se faire de la peine, ils avaient accumulé des griefs qui les rongeaient plus que toutes les vérités qu'ils auraient pu se dire. Le mari, qui n'avait pas eu de relation heureuse avec sa mère, avait épousé sa femme par pitié, parce qu'elle était malade et avait besoin d'être entourée. Elle avait accepté, sans enthousiasme ; elle avait été gâtée par ses parents et pensait qu'elle serait choyée de même par son mari. Dès les débuts, le mari fut irrité de son apathie. Elle était restée à un stade émotionnel infantile, se montrait frigide au point de vue sexuel, ne professait aucun intérêt quelconque pour le travail de son mari, ou pour ses amis ; elle était toujours trop fatiguée pour partager aucun de ses plaisirs, sportifs ou autres, et disait : « Il me fatigue avec toute son énergie ! » Chaque fois qu'il lui demandait quelque chose, elle se mettait à penser : « Si j'étais encore à la maison, je n'aurais pas besoin de faire cela... » Elle critiquait la manière dont il administrait ses biens et les amis qu'il amenait à la maison. Les deux époux étaient persuadés que leur devoir était de continuer à vivre ainsi et à se supporter en silence. Ce fut l'arrivée d'un tiers, qui leur conseilla de consulter un médecin, qui les amena à sortir de leur marasme » (pp. 160-161).

La solution présentée alors par ce médecin consulté laisse fort à désirer. Et l'on peut se demander si avec une vie intérieure intense et de la patience, en plus d'un sens pratique de la réalité, on n'aurait pas pu résoudre autrement le conflit.

9. R. Père E. TESSON, S. J., « Fécondité dirigée et morale chrétienne. » *Cahiers Laënnec*, décembre 1954, n° 4, p. 39.

« La seule chose que pouvait faire le médecin, dans ce cas-là, c'était de conseiller le divorce, que les deux époux souhaitaient, et de regretter qu'ils aient attendu pour le faire le moment où ils n'avaient plus ni l'un ni l'autre la force d'envisager une nouvelle union (!). Il n'y avait heureusement pas d'enfants » (p. 161).

Ce texte fait donc entendre que le médecin aurait souhaité une nouvelle union, ne pensant pas à l'indissolubilité du lien conjugal. On sait hélas ! la fréquence des divorces aujourd'hui. On sait combien facilement les lois de certains pays décrètent l'union rompue, alors que l'homme ne doit pas séparer ce que Dieu a uni (MATT., XIX, 6). Le couple cité dans l'exemple en était arrivé « à se supporter en silence ». C'est une situation lamentable mais certes fréquente. Si l'on conseillait le divorce à tous les foyers où existent ce patient support on devrait encore multiplier le nombre déjà exorbitant des liens conjugaux brisés par la loi. Il semble qu'avec une intelligente bonne volonté, avec l'aide de Dieu aussi bien que de la psychologie, avec la saine direction d'un ami du foyer ou d'un prêtre, on pourrait améliorer les choses et parvenir à une harmonie, si pas parfaite, du moins évitant d'en être réduit au divorce. Enfin si la vie devient un enfer, ou si la tension continuelle ruine la santé des conjoints, on pourrait penser à une séparation, mais sans « envisager une nouvelle union ». Car ce dernier point de vue, auquel songeaient les auteurs, est le type d'une directive psychothérapeutique en opposition nette avec la morale puisqu'elle ignore le caractère indissoluble du mariage. Saint François de Sales avait déjà observé de son temps, alors qu'il écrivait à une demoiselle qui se préparait au mariage :

« L'état du mariage est un estat qui requiert plus de vertu et de constance que nul autre : c'est un perpétuel exercice de mortification . . . Il requiert une grande douceur, un sincère amour et une humilité fort résignée . . . »¹⁰.

Il faut d'avance admettre que la cohabitation de deux êtres, apportant chacun leurs défauts comme leurs qualités, les dispositions héritées comme les attitudes acquises, implique la nécessité de pratiquer la patience et la maîtrise de soi.

10. S. FRANÇOIS DE SALES : *Œuvres complètes*, Berche et Tralin, Paris, 1898, t. VIII, p. 529.

CONSEILS AVISÉS

Ce serait être partial, cependant, que de s'arrêter avec complaisance aux occasions possibles, dans l'ouvrage américain, de heurts entre la thérapeutique et la morale et de ne point énumérer tous les avantages que le lecteur peut retirer de cette œuvre. Nous avons déjà vu combien la vie émotionnelle était décrite de manière saisissante et comment, par conséquent, il était indispensable à l'individu de réserver au domaine affectif un rang de première importance dans la formation de la personnalité. Voilà pourquoi les erreurs qui se commettent dans l'éducation sexuelle des enfants ou des adolescents peuvent avoir de graves conséquences. Les professeurs de Philadelphie ont rapporté une quantité d'exemples illustrant une vie conjugale malheureuse, tant la jeune femme avait été mise en garde, sans discernement, contre tout ce qui se rapportait au plaisir sexuel. Un confesseur sait aussi qu'il y a des ombres dans un foyer parfois parce que le don des corps ne se fait pas comme une œuvre épanouissante bénie du Créateur. Souvent la femme est responsable, sans le vouloir, croyant mal agir ou conservant une certaine crainte qui contracte l'être en place de le détendre.

« On ne peut s'attendre à ce qu'une jeune fille à qui l'on a répété, pendant vingt ans, que la sexualité était un mal et un danger puisse, en une nuit, se convaincre qu'elle est une chose normale, enviable et pleinement compatible avec sa dignité de femme » (pp. 376-377).

Cette remarque si exacte montre l'aspect nocif d'une fausse éducation. Les auteurs citent des cas de frigidité dus précisément à des notions absolument erronées sur tout ce qui concerne l'attrait charnel. Telle cette jeune femme de vingt-cinq ans, mariée depuis trois mois, souffrant de ses relations sexuelles et faisant souffrir son mari, avouant au médecin

« que sa mère lui avait fait comprendre qu'une femme qui se respecte ne doit pas éprouver de jouissances dans l'acte sexuel, ce qui inciterait son mari à la mépriser. En dépit de ces instructions, et d'une certaine pudeur innée, la jeune fille avait toujours été attiré par le sexe opposé et s'était bâtie tout un monde de fantaisies au sujet de l'amour physique. Elle avoua cependant que, dans ses rapports sexuels, elle ne pouvait jamais « se laisser aller », bien que

son mari fut désireux de lui procurer du plaisir dans leurs rapports » (p. 405).

Et les auteurs ajoutent sagement :

« Nous lui expliquâmes qu'elle devait apporter une part active à ces rapports, dans lesquels rien ne devait, légitimement, la retenir d'éprouver une jouissance. La société et l'Église avaient accordé leur sanction à son mariage et s'attendaient à ce qu'elle y trouvât le bonheur ; ce bonheur s'étendrait aux enfants dans la mesure où les conjoints bénéficieraient d'une entente physique parfaite » (*ibidem*).

Ceci soulève le délicat problème de l'initiation sexuelle. A quel âge faut-il instruire l'enfant des mystères de la naissance et de la conception ? Il serait vain de donner une réponse générale car chaque enfant n'est semblablement développé. En tout cas la jeune fille qui est prise d'une terrible inquiétude lors de la première menstruation, et qui n'ose attendre des explications de personne, est une adolescente dont la mère oublie ce qu'elle devrait enseigner calmement à son enfant. Le prêtre rencontre des parents qui lui envoient « le petit » pour lui expliquer l'origine de la vie. Il semble qu'un père devrait assurer cet office. Mais du moins, si l'on s'y refuse, qu'on fasse donner à l'enfant l'instruction nécessaire par un ecclésiastique ou un médecin consciencieux. Quelques lignes des professeurs de Philadelphie proposent un programme digne d'attention :

« C'est vraiment de la naïveté de penser — comme le font beaucoup de parents — qu'en avertissant les enfants des choses de la vie sexuelle on les induit à se lancer dans des aventures et des expériences précoces, et qu'en les tenant dans l'ignorance, on les en préserve ! C'est l'inverse qui est vrai, en ce sens que, plus l'enfant sera sainement renseigné sur les choses de l'amour, moins il sera tenté de satisfaire une curiosité inassouvie au moyen d'expériences regrettables. Il faut se méfier de l'enfant tranquille qui ne pose aucune question et se garder d'assurer qu'il n'a pas d'intérêt pour les choses sexuelles ; l'enfant normal est curieux de ces choses, comme il l'est de tout ce qui l'entoure. Celui qui paraît n'avoir aucune curiosité souffre probablement d'un état d'anxiété qui a créé chez lui des inhibitions et on peut être à peu près sûr qu'il fera un triste conjoint et un désadapté dans la société. Il faut, dans des cas semblables, provoquer un entretien que l'enfant n'ose pas demander, sans tenir compte du point de vue de ceux qui disent : Mais puisqu'il ne demande rien, pourquoi ne pas le laisser tranquille ? » (pp. 144-145).

Il est opportun de remarquer que les papes ont toujours souhaité, en temps opportun, une instruction sexuelle pour les adolescents. Pie XI en 1929 (*Divini Illius Magistri*) et Pie XII en 1953 (*Discours aux membres du Congrès international de psychothérapie et de psychologie clinique*), demandaient qu'avec calme et objectivité on enseigne à la jeunesse ce qu'elle doit connaître pour savoir se conduire et traiter avec l'entourage. Mais les souverains pontifes mettaient en garde contre une « initiation téméraire » qui dépasserait le cadre des nécessités et ils rappelaient le devoir de mettre l'accent sur la maîtrise de soi et la formation religieuse. Dans un splendide petit ouvrage sur le mariage, Dom Charles Massabki, un bénédictin de l'abbaye Sainte-Marie, de Paris, a résumé parfaitement la situation en écrivant :

« S'il faut condamner impitoyablement ceux qui préconisent l'initiation pratique à la vie sexuelle avant le mariage, il y a obligation aussi de s'élever contre les parents qui laissent leurs enfants dans l'ignorance totale de ce qu'on est convenu d'appeler les mystères de la vie. C'est un devoir grave pour les parents d'initier à ces mystères leurs fils et leurs filles. Cette initiation, il vaut mieux la faire trop tôt que trop tard. » 11

Ce texte prouve que les médecins rencontrent l'approbation des théologiens lorsque la saine morale naturelle n'est pas lésée par les méthodes recommandées.

Un autre bon conseil puisé dans le traité de *Médecine psychosomatique* dont nous parlons est la mise en garde des auteurs contre ceux qui ont promptement fait de recommander le mariage, afin de résoudre quelque conflit ou de calmer des désordres affectifs.

« Combien ne voit-on pas de médecins qui recommandent le mariage à des malades peu équilibrés, comme un remède à leurs problèmes émotionnels ! Non seulement il s'avère par la suite que le remède a échoué, mais encore qu'il a suscité au contraire de nombreux problèmes psychopathologiques dont les enfants font les frais. On devrait être extrêmement prudent lorsqu'on donne des conseils aux gens sur la question, lourdement grevée au point de vue émotionnel, du mariage » (p. 86).

Ces remarques atteignent non seulement les médecins, mais encore les parents, les pédagogues et les prêtres. La sagesse populaire n'est

11. Dom Charles MASSABKI : *Le sacrement de l'amour*. Éditions de l'Orante, Paris, deuxième édition, 1950, pp. 70-71.

pas toujours infaillible. De dire « le mariage lui fera du bien » ou « c'est un mari qu'il lui faut » n'est pas encore indiquer un remède omnipotent. Les auteurs de Philadelphie présentent de multiples cas prouvant

« qu'une déficience dans la maturité émotionnelle entraîne une incapacité d'assumer les responsabilités du mariage, incapacité qui entraîne à son tour des troubles organiques » (p. 287).

Cette maturité n'est pas le lot de chaque jeune fille ou de chaque garçon. Ce n'est point parce qu'en certains cas le mariage a rendu telle personne plus équilibrée, mieux épanouie, que la solution s'avère une panacée pour toute occasion. Cet équilibre dépend d'un minimum de dispositions préalables et le mariage ne transforme pas du tout au tout un être qui manquait auparavant d'une sécurité et d'une harmonie de base. Pour développer des dons il faut un point de départ déjà présent, aussi faible soit-il. Il est impossible de faire valoir des virtualités de rien !

Les mêmes arguments s'appliquent au conseil donné de favoriser une grossesse pour résoudre une crise. Les docteurs Weiss et English relèvent en de fréquents endroits le danger que représentent de semblables directives.

« Il est fréquent de voir des médecins, poussés par leur formation à penser exclusivement en termes organiques, recommander la grossesse et la maternité comme un remède à la névrose, comme le moyen de fixer un mari instable, ou d'éviter un divorce. On peut prévoir que, vraisemblablement, le mari instable, au lieu de se voir ramené au sentiment de ses devoirs, s'éloignera plus encore au vu de responsabilités accrues. Quant à la névrose, l'expérience démontre éloquentement que la grossesse tend plutôt à l'aggraver, et que c'est l'enfant qui en paie les frais. Comme le mariage, la grossesse ne peut, en aucun cas, être considérée comme une solution à un problème émotionnel » (p. 400).

C'est donc encore raisonner trop hâtivement que d'envisager qu'immanquablement l'enfant saura supprimer toute névrose chez une femme en période de crise ou toute difficulté dans un foyer troublé. Chacun, certes, connaît des cas où la maternité changea heureusement l'humeur de la mère, où l'apparition d'un nouveau-né vint renforcer le lien unissant les époux et occuper sainement leur esprit. Mais ici encore il faut qu'un minimum de disponibilité soit latent chez les con-

joints pour que le résultat normal de leur union — l'enfant — vienne apporter la satisfaction et la paix chez chacun d'eux. Cela demande, en plus de l'esprit de sacrifice, une dose de ce qu'on nomme « maturité émotionnelle ».

« Certains, et parfois le médecin lui-même se risquent de dire aux conjoints : Ce qu'il vous faut c'est un enfant, qui vous créerait un intérêt commun. Nous ne pouvons assez condamner un avis aussi téméraire. S'il y a peut-être des cas où l'enfant a pu amener des parents à renoncer au divorce, qui dira jamais combien d'enfants ont été sacrifiés sur l'autel de l'incompatibilité conjugale ? » (p. 161).

Ces avis sont de première importance pour tous ceux — et ils sont nombreux — qui s'efforcent soit de consolider le bonheur d'un ménage, soit de surveiller la santé d'une maman. Tout conseil superficiel peut ici faire plus de bien que de mal. Et il ne faut jamais oublier que même si pendant le temps où la femme est en espérance elle donne l'impression d'un équilibre avantageux, rien n'indique que cette situation favorable persistera après l'accouchement. C'est ce qui fait écrire aux auteurs :

« C'est un cas qui se présente fréquemment, dans lequel des malades nerveuses se trouvent extrêmement bien de leur état de grossesse, mais retrouvent leurs symptômes dès que l'enfant est né » (p. 157).

Il est inutile, après cela, de souligner comment des conseils hasardeux pourraient faire preuve d'une imprévoyance extrêmement fâcheuse pour l'avenir.

Une page, enfin, du traité médical qui nous occupe, propose au lecteur une profonde méditation. C'est la manière dont les professeurs de Philadelphie conçoivent l'art de guider le comportement de l'adolescent à l'égard de la sexualité et de la vie émotionnelle. Ils écrivent :

« Celui qui doit lutter contre des désirs exagérés souffre généralement d'un complexe psychologique ; c'est souvent le besoin de sentir qu'on l'aime ; il a soif de réconfort et de sécurité, comme le petit enfant qui cherche un refuge dans les bras de sa mère. Si cette soif devient intenable, il cherche à l'assouvir au moyen des relations sexuelles. Il peut avoir naturellement d'autres motifs, par exemple la nécessité de se prouver qu'il est capable de réussir, ou qu'il est plus malin que les autres. Il y a plusieurs moyens de l'aider, en le dirigeant vers des activités, physiques ou autres, qui

feront diversion, ou en lui expliquant que ses instincts peuvent être satisfaits autrement que dans l'acte sexuel. Si les relations sexuelles représentent pour lui, avant tout, une satisfaction affective, on peut lui montrer que cette satisfaction n'implique pas nécessairement la sexualité. Actuellement, il est vain de prétendre l'impressionner avec des discours sur les répercussions que les relations sexuelles auront sur sa santé et sur sa réputation, ou sur le fait qu'elles sont en contradiction avec les données de l'éthique ou de la religion. On aura peut-être plus de chance de le convaincre en faisant appel à la responsabilité qu'il a envers la société en général » (pp. 149-150).

Si les premières considérations des auteurs sont lourdes d'intérêt les dernières remarques sont plus discutables. Il est à espérer qu'on puisse encore « impressionner » la jeunesse en montrant qu'une vie légère est en contradiction avec les vues de Dieu ou l'Évangile. Il faut se garder de brosser un tableau trop sombre de l'idéal dont jeunes gens et jeunes filles sont encore capables, même en étant très modernes d'allure. Les médecins ont parfois tendance à considérer la vie sous une optique assez pessimiste. Il faut avouer qu'en voyant constamment défiler des cas si pas directement pathologiques, du moins morbides et maladifs, dans leur bureau, à l'hôpital ou durant leurs visites, les praticiens risquent de donner des humains un aspect et une peinture un peu trop sombres. Les confesseurs rencontrent aussi les ombres et les turpitudes qui sont inhérentes à l'humanité depuis la faute d'Adam et d'Ève. Mais il y a également les lumières, le courage et l'héroïsme qui éclairent ce monde très sujet à la rédemption. En revanche il est fort pertinent de relever le rôle du domaine affectif dans la vie de l'adolescent et la nécessité de proposer des « activités qui feront diversions ». Il faut approuver les auteurs établissant que la satisfaction affective n'est pas synonyme de la sexualité. L'art du directeur d'âme consiste aussi à désigner pratiquement aux pénitents et aux dirigés un chemin où ils peuvent s'engager avec enthousiasme, trouvant sur cette route de quoi satisfaire sainement leur vie émotionnelle. En chaque cas il convient d'approfondir la situation si l'on veut véritablement proposer un remède adéquat, correspondant aux besoins du sujet. La notion de responsabilité, dont les médecins louaient la bienfaisance, répond parfaitement à ce besoin d'engagement — le mot est à l'ordre du jour — qui caractérise la jeunesse actuelle. Il faut se réjouir de voir

une rencontre entre les données présentées par des disciplines qui, partant de bases diverses, se retrouvent dans l'harmonie lorsqu'il s'agit d'aider les hommes.

PSYCHOLOGIE ÉCLAIRÉE

Ces quelques considérations sur l'ouvrage des docteurs E. Weiss et O. S. English révèlent l'importance — et il faudra y revenir encore — de l'étude des organes si l'on veut soigner complètement l'esprit, et l'importance de la sollicitude pour les troubles psychiques si l'on veut améliorer l'état du corps. La psychologie, si goûtée aujourd'hui, ferait fausse route en négligeant le substratum physique, comme le directeur d'âme et le confesseur seraient peu sages de ne pas tenir compte de l'influence du somatique sur la vie spirituelle.

« Il faut, dans le domaine psychologique, suivre l'évolution qui s'est produite à l'égard des maladies organiques et comprendre que des connaissances psychopathologiques approfondies sont aussi essentielles à cet effet que des connaissances en pathohistologie le sont pour établir le diagnostic précis d'un mal organique » (p. 349).

Cette parole de médecin a son importance pour tous ceux qui secourent l'homme dans ses difficultés. La clinique et la psychologie sont à la source, dans l'ouvrage américain, d'éléments et de matériaux précieux pour pénétrer davantage à l'intérieur des réactions humaines. Le prêtre va se rappeler, cependant, que l'ordre de la grâce réserve des surprises, comme la nature déroute parfois les prévisions médicales. Il faut certes se garder de compter naïvement sur de multiples miracles dans la direction des âmes : le bon Dieu n'autorise qu'avec mesure tout événement survenant en dehors de l'ordre de la nature créée. Pour autant il faut reconnaître dans la grâce des forces qui peuvent grandement aider la nature ou faire accepter la souffrance. Une étude du R. Père M. D. Philippe, o.p., consacrée aux rapports existants entre maladie et grâce chrétienne, relève précisément qu'il y a dans l'immense plan providentiel des aspects échappant à première vue à ceux qui souhaitent tout expliquer par les sciences exactes.

« Le malade chrétien est, à la suite du Christ, un signe en butte à la contradiction ; il est placé au cœur de l'humanité pour « la

chute et la résurrection d'un grand nombre », scandale et folie pour un monde qui prétend tout savoir, tout faire, ne regarde plus que les résultats tangibles et n'est plus sensible qu'à l'efficacité, mais sagesse divine pour celui qui croit en Jésus Crucifié, espère en sa victoire et l'aime. » 12

C'est une mission difficile que de concilier le devoir de se soigner et d'avoir confiance en la thérapeutique, d'une part, avec le besoin de croire à l'utilité d'une souffrance vécue en union avec le Christ, d'autre part. Pour faire découvrir ce juste équilibre il faut que le directeur d'âme soit pénétré d'une saine théologie, mais il importe, pour éviter de se leurrer ou de leurrer les autres, qu'il connaisse au moins quelque peu les apports des sciences médicales et psychologiques, ou qu'il fréquente le monde des médecins consciencieux, puisant chez eux d'indispensables éclaircissements pour toute directive fructueuse. Voilà pourquoi l'ouvrage d'Amérique dont nous avons parlé s'adresse à un vaste auditoire, à tous ceux qui veulent éviter d'agir à la légère dans le soin qu'ils apportent pour secourir autrui. Ce traité de médecine psychosomatique mérite une attention soutenue et nous y reviendrons dans un prochain article afin de relever encore ce qu'une psychologie éclairée, c'est-à-dire qui tient compte de l'organisme dans la vie émotionnelle du sujet et qui sait l'influence de la vie affective sur le corps, peut procurer à tous les bons Samaritains qui se penchent sur les êtres qui appellent au secours. Nul n'ignore que ces êtres aujourd'hui sont nombreux.

12. R. Père M. D. PHILIPPE, O. P. : « Maladie et grâce chrétienne », *Présences*, Revue trimestrielle du *Monde des malades*, n° 51, 2^e trimestre 1955, p. 81. Ce numéro traite le sujet suivant : « Santé, maladie et vie spirituelle ». Cette revue, à laquelle participent des théologiens, des médecins et des gens de lettres de renom, est fort recommandable. Elle est publiée au Prieuré Saint-Jean, à Champrosay (Seine-et-Oise), en France.

ANALYSES

- J. ANTONELLI. **Thérapeutique de l'infarctus du myocarde et des coronarites.** *Encycl. méd. chir.*, « Thérapeutique », 25330 A¹⁰ (3-1955), 13 pages.

D'importantes acquisitions nouvelles ont modifié, au cours de ces dernières années, la thérapeutique de l'infarctus du myocarde et des coronarites. Il faut citer avant tout : les thérapeutiques nouvelles de l'état de choc et du collapsus circulatoire ; la thérapeutique anticoagulante ; le traitement des troubles du rythme. Sur tous ces points, le lecteur trouvera les notions les plus modernes et les plus détaillées. Signalons, en particulier, la remarquable étude faite par Antonelli de la thérapeutique anticoagulante, ses modalités, ses avantages et ses inconvénients, ses résultats quant à la prévention des complications thromboemboliques et quant à la réduction de la mortalité, d'après des statistiques publiées dans divers pays.

- G. BOUDIN et J. BARBIZET. **Thérapeutique des syndromes parkinsoniens.** *Encycl. méd. chir.*, « Thérapeutique », 25442 A¹⁰ (3-1955), 8 pages, 2 figures.

De nombreux moyens nouveaux, dans les domaines de la chimiothérapie et de la neurochirurgie, sont venus renforcer notre arsenal thérapeutique contre les syndromes parkinsoniens et la maladie de Parkinson. Aussi était-il nécessaire de refaire le point de cette thérapeutique ; bien maniée, celle-ci peut aujourd'hui permettre la récupération d'une certaine activité familiale et même sociale.

Le lecteur trouvera dans ce fascicule les renseignements les plus précis, les plus complets et les plus modernes sur chacun des chapitres de la thérapeutique antiparkinsonienne :

Médication pharmacodynamique, avec tous les antiparkinsoniens de synthèse les plus récemment étudiés.

Physiothérapie, y compris la radiothérapie qui vient de connaître un regain d'intérêt.

Enfin, traitements chirurgicaux, à propos desquels les indications et les résultats de chaque type d'intervention sont exactement précisés.

- J. LEREBoullet. **Thérapeutique des affections vasculaires cérébrales.** *Encycl. méd. chir.*, « Thérapeutique », 25446 A¹⁰ (3-1955), 13 pages.

La thérapeutique des accidents vasculaires cérébraux est, aujourd'hui, vue de façon nouvelle dans sa conception générale même ; la vieille distinction entre hémorragie cérébrale et ramollissement ne joue plus le rôle qu'elle jouait naguère ; il s'agit maintenant avant tout de prévenir à temps les accidents graves, de faciliter l'évolution dans un sens favorable et la récupération fonctionnelle, d'éviter les thérapeutiques agressives et les gestes intempestifs.

De nombreux points nouveaux sont étudiés dans tous leurs détails, dans les domaines suivants : médication antispasmodique, médication neurovégétative et ganglioplégique, médication anticoagulante, médication de la perméabilité vasculaire, enfin pour certains cas particuliers, interventions chirurgicales dont l'emploi est étroitement lié aux progrès récents de l'artériographie.

- A. BUSSON et P. MASSIAS. **Thérapeutique du mégacôlon et du dolichocôlon.** *Encycl. méd. chir.*, « Thérapeutique », 25568 A¹⁰ (3-1955), 5 pages.

Les travaux récents ont permis de distinguer très nettement les indications médicales et chirurgicales qui sont bien différentes selon les cas particuliers dont il s'agit. De nombreux points nouveaux ont été dégagés par ces travaux dans le domaine thérapeutique : emploi des modificateurs du système nerveux végétatif ; thérapeutique médicale des complications colitiques ; indications des interventions sur le sympathique et les colectomies ; enfin, conduite thérapeutique chez l'enfant selon qu'il s'agit de maladie de Hirschsprung (*qui relève d'une intervention particulière*), de mégacôlon classique ou de dolichocôlon.

- D. MALASSIS. **Tableau de posologie** (Première et seconde enfance). *Encycl. méd. chir.*, « Thérapeutique », 25992 et 25994 (3-1955), 32 pages.

Après le Tableau de posologie (adultes) récemment publié, ces deux nouveaux fascicules viennent exactement répondre à une demande générale de tables indiquant les doses de chaque médicament qu'il convient de prescrire dans chaque cas, qu'il s'agisse de nourrisson, d'enfant ou de sujet adulte. Ces tables englobent tous les médicaments anciens et nouveaux, y compris ceux de la toute dernière heure ; nul doute qu'elles seront parmi les textes les plus souvent consultés par les praticiens.

- R. MIGNOT. **Exploration directe de l'appareil respiratoire : recherche des signes physiques.** *Encycl. méd. chir.*, « Poumons », 6000 C⁶⁰ (1-1955), 6 pages.

Inspection, palpation, percussion, auscultation, ces méthodes à l'origine desquelles on retrouve des noms aussi illustres que celui de Laënnec, ont constitué la base de l'examen clinique des malades pulmonaires pour les grands auteurs classiques et pour des générations de praticiens. A l'heure actuelle, elles gardent toute leur valeur et les autres méthodes d'examen qui sont venues s'y ajouter ne doivent être considérées que comme des compléments. Leur étude, telle qu'elle est exposée dans ce fascicule très complet, demeure indispensable pour tous les médecins.

- M. MARCHAL. **Examen des poumons par la ciné-densigraphie.** *Encycl. méd. chir.*, « Poumons », 6000 E⁵⁰ (1-1955), 6 pages, 5 figures.

Point de convergence des travaux français, allemands, américains et suédois, la cinédensigraphie, qui est aujourd'hui couramment pratiquée dans un certain nombre de Services français, est une méthode radiologique originale qui permet d'enregistrer la cinétique et les variations de densité des organes intrathoraciques, y compris des phénomènes invisibles autrement, tels que le pouls capillaire du poumon. Cette nouvelle méthode s'est rapidement révélée très féconde et, notamment, d'une importance absolument capitale pour le diagnostic différentiel précoce du cancer du poumon. C'est ce dernier point qui est le centre de l'étude de M. Marchal, étude où l'on trouvera les données les plus récentes sur la technique de la ciné-densigraphie, ses indications et même les causes d'erreur et les moyens de les éviter.

Ce nouveau fascicule de l'E.M.C. se termine par une riche bibliographie.

- P. SANTY, M. BÉRARD et P. JUTTIN. **Traitement chirurgical des bronchiectasies.** *Encycl., méd. chir.*, « Poumons », 6002 C⁵⁰ (1-1955), 4 pages.

Naguère considérée comme une audace révolutionnaire, la chirurgie des bronchiectasies, qui a marqué les débuts de la chirurgie pulmonaire d'exérèse, est aujourd'hui une des conquêtes les plus solides de la chirurgie thoracique, une des plus classiques, des plus bénignes, des plus directement profitables au malade.

La longue expérience acquise dans ce domaine par de nombreuses équipes de chirurgiens thoraciques, parmi lesquels les chirurgiens lyonnais Santy et Bérard occupent une des places les plus éminentes, permet enfin, à l'heure actuelle, une étude où les indications, les limites, les résultats de cette chirurgie peuvent être présentés de la façon la plus ferme, la plus nette et la plus précise.

- L. MOREAU. **Pneumonie franche lobaire aiguë.** *Encycl. méd. chir.*, « Poumons », 6007 A¹⁰, A³⁰, A⁵⁰ (1-1955), 17 pages, 3 figures.

Affection bien classique et à propos de laquelle la description de Laënnec fait toujours autorité, la pneumonie franche lobaire aiguë a bénéficié dans ces dernières années d'acquisitions nouvelles dans les domaines de la thérapeutique et de la radiologie. Ces acquisitions ont bouleversé non seulement le traitement mais aussi l'évolution, le pronostic, le diagnostic et la description symptomatologique même de la maladie. Ce sont elles qui ont nécessité la refonte publiée aujourd'hui. Très complète, cette refonte met en lumière un grand nombre de points nouveaux dans des domaines variés : bactériologie, étude du terrain, variations de fréquence, étude clinique, images radiologiques et leurs modalités, évolution, formes, complications diverses (qui font l'objet d'une étude particulièrement détaillée), enfin diagnostic, pronostic et traitement (avec les données les plus modernes de thérapeutique curative et les problèmes de vaccination).

Une importante bibliographie termine ce fascicule.

- E. BALGAIRIES et G. BONTE. **Béryllose.** *Encycl. méd. chir.*, « Poumons », 6018 F¹⁰ (11955), 6 pages, 3 figures.

Utilisé en métallurgie moderne (*aéronautique*), dans l'industrie radio-électrique, dans celle des tubes fluorescents, enfin dans l'industrie atomique, le béryllium a vu son extraction mondiale passer de 2 tonnes à 1,400 tonnes en quinze ans et cette montée en flèche se poursuit sans répit. On s'explique ainsi sans peine que le risque béryllogène soit une découverte relativement récente. La pathologie du béryllium comprend principalement des pneumopathies aiguës et des pneumopathies chroniques dont l'étude détaillée, clinique, radiologique et fonctionnelle, pose des problèmes du plus grand intérêt. Enfin, à propos du diagnostic et du traitement, on trouvera des précisions faisant état des plus récents travaux.

La bibliographie est constituée par des travaux provenant des pays les plus divers, mais tous datés de ces dernières années.

- J. DELARUE. **Tuberculose du poumon.** *Encycl. méd. chir.*, « Poumons », 6028 G¹⁰ (1-1955), 5 pages, 6 figures.

Ce fascicule s'appuie essentiellement sur les travaux du récent Congrès national de la tuberculose (*Toulouse, 1953*) où ce sujet était à l'ordre du jour. Il s'agit d'une forme particulière de lésions tuberculeuses du poumon longtemps ignorée mais aujourd'hui bien connue. Son étude intéressera vivement non seulement les anatomo-pathologistes, mais aussi les cliniciens. On remarquera que le chapitre de thérapeutique est un des plus développés du fascicule.

REVUE DES LIVRES

Précis de matière médicale homœopathique, par L. VANNIER et J. POIRIER. 6^e édition revue et augmentée. Un volume in-16° de xxxii + 682 pages avec 34 figures (1953). 1,500 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Le Précis est trop connu des médecins homœopathes pour qu'il soit nécessaire de le présenter. L'emploi d'une typographie particulière qui permet au lecteur de valoriser immédiatement les caractéristiques de chaque remède, les symptômes importants et leurs modalités, facilite considérablement l'étude de la matière médicale, si ardue et si difficile pour le débutant.

L'originalité de cette sixième édition consiste dans la présentation de nombreux tableaux schématiques exposant ce que le docteur Léon Vannier appelle les *Catégories des remèdes*. Les remèdes peuvent s'associer comme les individus en véritables familles dont les chefs sont représentés par les remèdes de fond, les parents par les remèdes *d'états aigus*, *d'états paroxystiques* et de *drainage* qui tous ont « un air de parenté » avec le remède principal (caractéristiques prochaines, modalités semblables ou inverses, action physio-pathologique analogue).

Ainsi nous pouvons concevoir une étude synthétique de la matière médicale qui permet de la mieux comprendre et de la mieux appliquer. Par sa clarté et sa précision, ce livre s'adresse aussi bien aux débutants qu'aux praticiens expérimentés.

Les antithyroïdiens biologiques, par J. COMSA. Préface du professeur P. ROHMER. Un volume in-8° de 202 pages avec de nombreux tableaux (1953). 1,500 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

L'auteur a voulu réunir les documents que nous possédons sur les forces physiologiques qui s'opposent à l'influence de la thyroïde sur l'organisme, et sur l'équilibre entre ces forces et la thyroïde.

Cette définition très large des antithyroïdiens biologiques est imposée par les faits connus. L'on sait que des substances présentes dans l'organisme normal, entravent l'influence de la thyroïde, soit en s'opposant à l'action de la thyroxine circulante, soit en mettant la thyroïde au repos par une intervention en un point quelconque du couplage hypophyse-thyroïde.

L'auteur commence par exposer succinctement les faits qui démontrent l'action antithyroïdienne de chacune de ces substances. Dans une deuxième partie sont réunies les données acquises au sujet du mécanisme de l'action des antithyroïdiens biologiques et des complexes d'interactions entre toutes ces substances. L'auteur insiste sur le réglage très précis entre le rythme fonctionnel de la thyroïde et des organes antithyroïdiens. Il fait état des nombreuses observations dont il résulte que la thyroïde et les organes antithyroïdiens se conditionnent mutuellement. Ces notions acquises suffisent, d'après lui, pour faire admettre la notion d'une fonction antithyroïdienne proprement dite, à laquelle participent des substances apportées par les aliments ou produites par l'organisme.

L'auteur a à la fois une formation clinique (de pédiatre, élève de Rohmer) et biologique (élève de Bouin). Aussi le dernier chapitre du livre est-il consacré à l'intérêt clinique des documents expérimentaux exposés dans les chapitres précédents. Il s'en dégage surtout de nombreuses hypothèses de travail.

L'auteur a été amené à concevoir la notion de la fonction antithyroïdienne par ses travaux sur l'équilibre entre le thymus, la thyroïde et les gonades. Il a résisté cependant à la tentation de consacrer à ces travaux la plus grande partie de son livre.

L'abondance inattendue du matériel rend obligatoirement l'exposé très succinct. L'auteur donne à ceux qui s'intéressent, au sujet, une copieuse bibliographie (près de 1,500 références).

Le biologiste, l'endocrinologue et le thérapeute trouveront dans ce livre, le premier, de quoi l'orienter dans ses propres recherches ; le second et le troisième, la description d'un ensemble d'interactions complexes comportant des virtualités thérapeutiques extrêmement intéressantes.

Affections vasculaires de la rétine — Avec quelques rappels d'anatomie et de physiologie de la circulation rétinienne — par P. BAILLIART. Un volume in-8° de 400 pages avec 107 figures en noir dans le texte et 4 planches en couleurs hors-texte (1953). 3,200 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Ce livre résume l'œuvre de l'auteur qui, depuis quarante ans, s'est consacré à l'étude de la circulation rétinienne. Se proposant surtout de décrire les lésions vasculaires dans leur aspect fonctionnel autant que morphologique, il a été amené à rappeler d'abord un certain nombre de notions anatomiques et physiologiques directement en rapport avec son sujet.

La circulation rétinienne dont les troubles retentissent si vite et si gravement, sur le fond de l'œil et sur la vision, intéresse d'abord les ophtalmologistes. Son étude prend pour eux une importance de plus en plus grande ; mais les physiologistes et les médecins ont, eux aussi, beaucoup à en apprendre. La circulation rétinienne étalant sous le grossissement de l'ophtalmoscope, *véritable biomicroscope*, un réseau vasculaire, de sa naissance à sa fin, offre des possibilités uniques. Le physiologiste peut observer les réactions des plus fins vaisseaux que nulle part ailleurs il ne saurait si facilement étudier. Il ne saurait du reste oublier que le réseau de la rétine prolonge celui de l'encéphale.

Dans cet examen microscopique, le médecin trouve la possibilité de suivre toutes les étapes de la lésion vasculaire. Il la voit s'installer, rétrocéder, ou évoluer vers la rupture ou l'oblitération ; il rapproche très utilement les lésions qu'il voit de celles qu'il soupçonne dans d'autres réseaux si importants pour lui ; il n'interroge plus seulement des symptômes mais des signes.

La mesure de la pression rétinienne permet par l'étude du *rapport rétino-huméral*, notamment dans l'hypertension artérielle, des déductions capitales ; les modifications tensionnelles périphériques, notamment cérébrales, ne sont pas toujours celles de la pression générale. On sait qu'aujourd'hui l'examen du fond de l'œil est, dans l'hypertension artérielle, qui a longuement retenu l'attention de l'auteur, le complément indispensable de l'examen cardio-vasculaire. On trouvera dans ce livre toutes les indications nécessaires à ce point de vue.

En résumé, le physiologiste, le cardiologue et l'ophtalmologiste trouveront dans ce livre l'état actuel de la question traité par son plus éminent spécialiste.

Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : « L'Ostéopathie », par le docteur R. LAVEZZARI. 2^e édition revue, corrigée, augmentée. Préface du docteur L. VANNIER. Un volume in-8° de 172 pages avec 42 dessins en noir et en couleurs de M^{me} J. de MARE-SARLIN et 37 radiographies (1954). 1,400 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Depuis la publication de la première édition, l'ostéopathie s'est largement diffusée aussi bien dans les milieux médicaux que dans le grand public.

Certes tous ne l'ont pas approuvée d'emblée. Mais avec le temps, la vérité s'est imposée. L'ostéopathie du docteur A.-T. Still, pratiquée par des médecins spécialisés s'est révélée non nocive et capable des meilleurs résultats. Dans certains Services hospitaliers on a même créé des consultations ostéopathiques qui rendent de grands services, et l'on accepte que certains cas difficiles soient confiés à des ostéopathes qualifiés.

Nous ne doutons pas que dans cette seconde édition l'auteur fasse encore mieux connaître ce qu'est vraiment l'ostéopathie et les services qu'elle peut rendre aux médecins et aux malades.

Loin de s'opposer à la médecine classique, elle pourra alors en devenir un chapitre particulier.

L'auteur a augmenté notablement ses observations radiographiques dont quelques-unes sont caractéristiques.

Le dernier chapitre, consacré au problème de la lésion ostéopathique, précise l'idée de l'auteur sur cette question.

Tous les médecins-praticiens voudront prendre connaissance de l'exposé d'une méthode qui a, à son actif, des résultats aussi probants.

Technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations,

par O. LAMBERT, P. RAZEMON et P. DECOULX, professeurs à la Faculté de médecine de Lille. 4^e édition revue et augmentée.

Un volume in-8° de 256 pages avec 115 figures dans le texte et 5 planches hors-texte (1953. 1,600 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

La nouvelle édition de ce volume vise au même but que les précédents : permettre au chirurgien praticien, ou au médecin, de trouver rapidement, sans recherches bibliographiques compliquées, les diverses techniques des résections du sympathique ou des infiltrations ganglionnaires. Il passe donc en revue toute la hauteur du système sympathique, depuis la chaîne cervicale jusqu'aux ganglions sacrés, depuis le corpuscule carotidien jusqu'à la surrénale, au système splanchnique, ou au sympathique hypogastrique. De nombreux schémas, dus au talent du docteur Wagner, illustrent clairement les différents temps opératoires.

Plusieurs chapitres nouveaux, ajoutés aux éditions précédentes, apportent des précisions sur les interventions les plus récentes.

Une mise à jour complète était nécessaire, dans un domaine où les nouveautés se succèdent si rapidement.

Journées thérapeutiques de Paris — 1953. Sous la présidence du professeur LÉPER. Au programme : *Les ganglioplégiques — Les régimes sans sodium — Les résines en thérapeutique.* Un volume in-8° de 280 pages avec figures (1953). 2,100 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

SOMMAIRE. — Les ganglioplégiques :

Les inhibiteurs de la transmission synaptique ganglionnaire (Marcel DALLEMAGNE). — *Sur le mécanisme d'action des substances ganglioplégiques*

(Éléonore J. ZAIMIS). — *Ganglioplégiques et hypertension* (R. WILLOCX et J. TRÉMOUROUX). — *Ganglioplégiques et voies digestives* (professeur ARMJO). — *Les neuroplégiques en thérapeutique psychiatrique* (J. DELAY et P. DENIKER). — *Les ganglioplégiques et l'hibernation artificielle en chirurgie* (H. LABORIT et P. JUGUENARD). — *Ganglioplégiques et chirurgie cardiaque* (F. d'ALLAINES, N. DU BOUCHET, J. VAYSSE, B. LATSCHIA et C. PERRIN). — *L'ouverture des cavités du cœur grâce aux ganglioplégiques et à la réfrigération* (Ch. DUBOST et Cl. d'ALLAINES). — *Les inconvénients des ganglioplégiques* (C. BARTORELLI).

Les régimes sans sodium et les résines en thérapeutique :

Les résines synthétiques (composition et principes généraux de leur action) (W. W. PAYNE). — *Les résines d'échange cationique (pharmacologie et conduite du traitement)* (J. FABRE). — *L'application des résines cationiques dans le traitement des rétentions hydrosalines* (L. DE GENNES, Cl. LAROCHE et J. COURJARET). — *Les régimes pauvres en sodium (physiologie, indications, pratique)* (J. TRÉMOLIÈRES, G. PÉQUIGNOT et V. ZUCCONI).

Deuxième Congrès international d'hygiène et de médecine scolaire

— Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952. Au programme : I. *La tuberculose à l'école* — II. *La scolarité des retardés*. III. *Autres questions*. Un volume in-8° de 504 pages avec figures (1953). 3,000 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Le premier Congrès international d'hygiène et de médecine scolaires, tenu à Paris en 1947, avait multiplié les sujets de rapports, pour réamorcer l'étude de nombreuses questions anciennes et nouvelles, après l'interruption de la guerre. En 1952, au contraire, le nombre des sujets étudiés fut limité à deux : la *tuberculose à l'école* et la *scolarité des retardés*. Ainsi, la limitation du nombre des rapports permit l'exposé de nombreuses communications sur les questions d'hygiène scolaire les plus diverses ; en effet, la rareté relative des Congrès d'hygiène scolaire donne, à certains problèmes particuliers, le caractère d'une impérieuse actualité.

La *tuberculose à l'école* est envisagée sous trois aspects différents. En premier lieu, le problème du dépistage, le plus important pour le médecin scolaire, est traité de manière très complète. La supériorité relative, suivant l'âge et le milieu, des différentes méthodes de dépistage, radioscopie systématique, radiographie à la demande, tuberculino-réactions est mise au point dans diverses communications concernant les enfants d'âge scolaire et les étudiants. La pratique et la lecture des diverses réactions cutanées à la tuberculine en milieu scolaire font l'objet de plusieurs rapports : ainsi sont exposés la technique et la date de lecture de la cuti-réaction, les avantages du timbre, les résultats de l'intradermo-réaction simplifiée d'origine finlandaise.

En second lieu, vient le problème de la contagion tuberculeuse à l'école. Cette question devrait être tout à fait accessoire, puisque les

sujets contagieux sont, en principe, éliminés du milieu scolaire. Mais plusieurs auteurs soulignent, par des observations suggestives, la possibilité de formes contagieuses chez les enfants et la fréquence encore trop grande de la contamination par les maîtres.

Enfin, la vaccination par le B.C.G. en milieu scolaire est étudiée par divers auteurs qui rapportent les remarquables résultats de leurs expériences.

Avec la *scolarité des retardés*, de nombreux problèmes sont abordés. Plusieurs rapports insistent sur l'importance du dépistage des diverses arriérations et sur la nécessité d'une liaison étroite entre les médecins scolaires et les équipes psycho-pédagogiques. D'autres apportent les détails de leur technique et les résultats qu'ils ont obtenus, tant en France qu'à l'étranger. Des questions plus spéciales sont étudiées, comme celles des débiles caractériels, des troubles psychiques d'origine pubertaire et des retards d'acquisition de la lecture et de l'écriture. Ensuite, toute une série de rapports traite la question, actuellement à l'ordre du jour, du dépistage des troubles de l'audition chez les écoliers et de la scolarité des demi-sourds. Le même problème avait été étudié en 1947 pour les amblyopes.

Enfin, les sujets les plus divers ont été étudiés dans des communications indépendantes. C'est ainsi qu'ont été évoqués le fonctionnement des cantines, les modifications des vacances, le dépistage de l'oxyurose et des teignes en milieu scolaire, la supériorité des classes de plein air, etc.

Ce volume constitue donc une mise au point des principales questions d'hygiène et de médecine scolaire actuellement discutées. Il sera lu avec intérêt et profit par tous ceux : médecins d'élèves, pédagogues de toutes disciplines, psychologues, assistantes sociales ou parents d'élèves, que préoccupent les nombreux problèmes médico-pédagogiques.

Pratique de l'intubation intratrachéale en anesthésie, par Henri GILBERT, anesthésiste des Hôpitaux d'Avignon. Un volume in-8° de 190 pages avec 39 figures (1953). 1,000 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Il s'agit avant tout d'un livre de *pratique* destiné, l'auteur insiste sur ce point à plusieurs reprises, aux étudiants, aux médecins, voire aux chirurgiens qui désirent se perfectionner en anesthésiologie.

Ayant ainsi fixé son intention essentiellement didactique, l'auteur précise le but de l'intubation intratrachéale, car cette intervention pratiquée avec une très grande fréquence dans les pays anglo-saxons, et de plus en plus en France, ne doit jamais l'être par « routine » mais pour des raisons clairement définies.

Après un rappel anatomique et un chapitre consacré à l'examen pré-opératoire, toutes les techniques d'intubation sont envisagées et principalement l'intubation par voie buccale sous laryngoscopie directe et l'intubation par voie nasale à l'aveugle. L'importance de ces chapitres

de technique justifie le titre de *Pratique de l'intubation* que l'auteur a donné à son livre.

Les indications de l'intubation intratrachéale sont longuement envisagées : elles couvrent toutes les disciplines de la chirurgie. Elles s'étendent d'ailleurs tous les jours, à mesure que la collaboration chirurgiens-anesthésistes se fait plus confiante et que les spécialités chirurgicales de plus en plus nombreuses font appel à l'anesthésiologiste.

Les contre-indications sont rares : elles sont néanmoins citées.

Enfin un chapitre important est consacré : 1° aux malades que commettra inévitablement le débutant ; 2° aux incidents qui peuvent survenir aux mains des plus experts ; 3° aux accidents heureusement excessivement rares.

L'auteur, toujours soucieux d'être didactique, termine par des conseils aux jeunes anesthésistes sur la progression de leur apprentissage de l'intubation : laryngoscopie d'abord puis voie buccale puis voie nasale. enfin les techniques plus complexes.

Très clair, très simple et cependant complet, ce livre apportera à tous ceux qui veulent se perfectionner en anesthésiologie le manuel qui leur manquait.

L'hypertension portale — Diagnostic, Traitement chirurgical par les anastomoses porto-caves — par Jean AUVERT, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur agrégé Jean PATEL. Un volume in-8° de 468 pages avec 36 figures dans le texte (1953). 3,000 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Dans cet ouvrage le problème de l'hypertension portale est étudié à la lumière des moyens d'exploration nouveaux constitués par :

- 1° l'étude radiologique des varices de l'œsophage,
- 2° les tests de vitesse circulatoire portale,
- 3° la manométrie veineuse portale per-opératoire,
- 4° la phlébographie portale.

Ces explorations remettent en honneur le syndrome d'hypertension portale si parfaitement étudié naguère par Villaret et dont l'intérêt a été renouvelé récemment par le succès des interventions de dérivation entre les systèmes porte et cave réussies par les auteurs américains : Blakemore, Whipple et Linton.

Épiphénomène évolutif au cours des cirrhoses du foie, la stase portale se rencontre également chez des malades à foie normal et la portographie y révèle une obstruction sur le tronc de la veine porte. Que le blocage circulatoire soit au niveau du foie (cirrhoses) ou sur les troncs veineux du système porte extra-hépatique, le syndrome évolue habituellement sous l'aspect d'une splénomégalie congestive et d'hémorragies digestives graves.

On trouvera dans ce livre une étude systématique des lésions dues à l'hypertension portale, de leur mécanisme, des procédés d'étude des malades et des indications thérapeutiques.

Une place importante est faite aux anastomoses porto-caves dont la technique et les indications sont étudiées en détail.

Une étude expérimentale vient justifier la pratique de ces anastomoses et en particulier de la dérivation porto-cave directe ou fistule d'Eck parfaitement supportée chez le chien. Chez cet animal, par contre, il est difficile de provoquer l'apparition d'un syndrome de stase portale.

Trente observations originales recueillies dans plusieurs services des hôpitaux parisiens relatent les cas de malades opérés par de Gaudart d'Allaines, P. Banzet, Ch. Dubost, L. Léger, L.-L. Lortat-Jacob, J. Oudot, J. Patel, J. Quénu, M. Servelle, S. Tchekoff, T. Thomeret. Les publications les plus récentes (1952-1953) sont analysées dans l'ouvrage qui présente une bibliographie riche de 285 références.

Les nerfs rachidiens — Anatomie schématique de l'appareil nerveux — par R. M. de RIBET, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine d'Alger. Un volume grand in-8° de 716 pages avec 391 figures dans le texte et en dépliants (1953). 3,750 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Cet ouvrage, comme les *Nerfs craniens* du même auteur, témoigne de la même pensée de *clarification* et de *simplification*.

L'auteur s'est uniquement fixé pour but, et de propos délibéré, d'être, « avant tout », *didactique*.

Malgré tous les reproches, plus ou moins justifiés, que l'on peut faire au « schéma », il n'en est pas moins vrai qu'il reste, incontestablement, une efficace « technique d'enseignement », en même temps qu'un secourable « moyen mnémotechnique ». Et c'est, ainsi, toujours dans le même esprit de « déchiffrement aisé » et de « souvenir durable » — *délibérément utilitaire* — qu'a été conçu ce nouveau tome d'anatomie schématique de l'appareil nerveux.

Il comprend les quatre grandes parties suivantes :

1° Des généralités sur tous les nerfs cérébro-spinaux — tant rachidiens que craniens — avec un important chapitre consacré à leur développement embryologique et à leur mise en place morphologique ;

2° La disposition d'ensemble des différents nerfs rachidiens, en tenant compte des *modifications régionales* ;

3° L'étude, groupée, des branches postérieures de tous les nerfs rachidiens ;

4° L'analyse méthodique des branches antérieures des nerfs rachidiens.

Dans cette dernière partie de l'ouvrage, « la plus étoffée », évidemment, sont successivement passés en revue :

— le plexus cervical, le plexus brachial, les nerfs intercostaux, le plexus lombaire, le plexus sacré, le plexus honteux, le plexus sacro-coccygien, avec, pour chacun, *sa constitution, ses rapports, sa distribution*, etc.

Une table des matières détaillées contribue à donner à ces pages d'anatomie nerveuse un caractère « d'aide-mémoire » *très complet*, et « d'outil », *très maniable*.

Qu'il s'agisse des étudiants, des candidats aux concours ou des praticiens, l'auteur a voulu proposer « une méthode d'étude », pratique et rapide, et « un instrument de travail » très simple, facile à utiliser suivant les circonstances : pour comprendre aisément, d'abord ; pour mieux retenir, ensuite ; et pouvoir retrouver sans peine, enfin, tel ou tel détail nécessaire et plus ou moins oublié.

RAPPEL :

Les nerfs craniens. I volume grand in-8° de 568 pages, avec 271 figures (1952) : 3,500 fr.

La pratique du radiodiagnostic clinique — Positions et techniques —

par P. BUFFARD, radiologiste des Hôpitaux de Lyon, et L. CROZET, radiologiste des Hôpitaux de Vienne. Préface du doyen HERMANN. Un volume in-4° de 246 pages avec 221 figures (1953). 2,900 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Le radiodiagnostic revendique une place de plus en plus importante dans la médecine actuelle, puisqu'il n'est pas d'affection — ou presque — pour le diagnostic de laquelle on ne demande le concours de la radiologie. Mais on voit trop souvent encore des films techniquement insuffisants, responsables d'erreurs graves. Confrontant leur expérience hospitalière et universitaire, les auteurs ont fait avant tout un livre de pratique, destiné aussi bien aux étudiants du diplôme de spécialités qu'aux perfectionnants installés ou préparant les premiers concours, ou aux médecins praticiens ou spécialistes faisant eux-mêmes leurs films. Ils y trouveront un texte condensé, qui, appuyé par une riche iconographie, leur donnera toutes les « recettes » pour faire de bons clichés. Du Traité, ce livre a en effet l'étendue, expliquant les techniques les plus modernes d'utilisation des contrastes artificiels ; du Précis, il a le choix des techniques, ne conservant que les meilleures, faciles à utiliser, quel que soit l'appareillage du médecin et l'état de son malade. La bibliographie ne comporte que l'essentiel : elle n'est là que pour permettre au lecteur de se familiariser avec l'interprétation d'images obtenues par une technique dont il n'a pas la pratique courante. Une table des matières particulièrement détaillée

permet enfin de trouver immédiatement le renseignement demandé. Ce livre constitue donc un instrument de travail particulièrement pratique, que tout médecin utilisant les rayons X se doit de posséder.

Précis d'électrocardiographie (*A Primer of Electrocardiography*), par George BURCH et Travis WINSOR. Traduit par le docteur A. ENAM-ZADÉ. 2^e édition revue et augmentée. Préface du professeur DONZELET. Un volume in-8° de 272 pages avec 265 figures (1954). 1,780 fr. G. Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Le public français a accueilli la traduction de la première édition de ce *Précis* avec la même faveur qu'outre-Atlantique. Les auteurs américains ayant complété leur texte primitif, une traduction française de la deuxième édition s'imposait pour remplacer la première maintenant épuisée.

De nombreuses revisions ont été faites qui méritent d'être mentionnées. Les mécanismes responsables des différents types d'infarctus ont été exécutés d'une façon plus détaillée. Les dérivations précordiales bipolaires ont été remplacées par des unipolaires et les textes et schémas modifiés dans ce sens, etc. . . .

Cette deuxième édition connaîtra, sans doute, la même faveur que son aînée. Comme elle, elle rendra service aux médecins non spécialistes, comme aux spécialistes les plus avertis.

Manuel de gynécologie journalière, par Jacques-L. GAILLARD, chirurgien-chef de l'Hôpital de Réthel. Préface du docteur CHAPPAZ. Un volume in-8° de 128 pages avec 28 figures (1954). 550 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Les médecins-praticiens disposent de nombreux ouvrages de gynécologie, dont la plupart sont remarquables. Il leur manquait cependant un Guide très concis et très clair qui fût en mesure de leur fournir, en peu de pages, tout ce qu'ils devaient savoir pour « faire du bon travail ». Le *Manuel de gynécologie journalière* du docteur Gaillard répond à un besoin ; le praticien y trouvera très rapidement toutes les notions indispensables, et les acquisitions les plus récentes. L'auteur, chirurgien installé en province, a l'habitude d'écrire pour les omnipraticiens, qu'il côtoie journellement, et « dépanne » jour et nuit.

Comme ses autres ouvrages et ses nombreux articles, ce livre s'adresse donc aux praticiens ruraux et urbains qui y trouveront la conduite à tenir dans tous les cas de leur pratique journalière.

Pathologie infantile, par R. DEBRÉ, E. LESNÉ, P. ROHMER et de nombreux collaborateurs. 2^e édition entièrement refondue. Deux volumes in-4° formant 2,286 pages avec 409 figures (1954). Reliés : 17,500 fr. G. Doin et Cie, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e), et Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

Les progrès incessants des moyens d'exploration et de la thérapeutique imposaient le remaniement de ce traité. En quelques années en effet, nous avons vu se transformer la médecine des nouveau-nés et des nourrissons, le traitement de la tuberculose (et la guérison des maladies incurables qu'étaient les tuberculoses aiguës et la méningite tuberculeuse nous paraît aujourd'hui chose naturelle). La séméiologie et la thérapeutique des affections congénitales du cœur se transforment. L'endocrinologie est en plein développement, et les traitements hormonaux, au premier rang desquels se situent la cortisone et l'ACTH n'ont pas encore épuisé toutes leurs promesses. L'exploration neurologique et la neurochirurgie ne cessent de se perfectionner. La bactériologie se double de l'étude des virus. La chimie biologique nous ouvre de nouveaux horizons. Au milieu de toutes ces recherches qui ont tout particulièrement transformé la médecine des enfants, le praticien éprouve parfois quelque peine à se reconnaître et à préciser ce qu'il doit retenir pour sa conduite quotidienne.

Les auteurs de cette nouvelle édition se sont attachés, comme précédemment, à faire une œuvre essentiellement pratique, avec une mise au point claire et ordonnée des travaux les plus récents. Ils espèrent avoir ainsi réalisé, avec l'aide de leurs collaborateurs, le guide qui permettra aux étudiants et aux médecins de compléter leur connaissance de la pédiatrie dans ses développements les plus modernes.

Intoxications et maladies professionnelles, par Léon DÉROBERT, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Collection *Médocochirurgicale* (à révision annuelle) publiée sous la direction de Pasteur VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. Un volume relié de 1,556 pages avec 76 figures. 8,800 fr. Édition médicales Flammarion, Paris, France.

Enfin, paraît un traité des intoxications et des maladies professionnelles.

Le temps n'est plus où le médecin praticien peut se désintéresser de ces problèmes cliniques et thérapeutiques. La multiplicité des substances toxiques, mises chaque jour davantage à la portée de toutes les mains, l'extension des mesures de prophylaxie sociale et de réparation des dommages obligent tout médecin à savoir, non seulement dépister le

début d'une intoxication, mais encore la traiter et la prévenir. Certes, si c'est là surtout l'activité du médecin d'usine, le médecin praticien n'échappe pas à cet impératif moderne.

Clair, didactique et cependant complet, allégé des pesantes notions chimiques, toxicologiques ou techniques qui encombrant les traités spécialisés ou les trop rares chapitres des traités de pathologie générale consacrés aux intoxications, ce traité fournira au médecin les renseignements qu'il recherche : la symptomatologie permettant de faire un diagnostic rapide et la thérapeutique qui, bien souvent, pour être efficace, doit être instaurée d'urgence.

RÉSUMÉ DE LA TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE. — *Généralités* : L'agression toxique. — Notions de terminologie. — Les confins de l'asphyxie et de l'intoxication. — Conditions d'observation des intoxications. — Responsabilité. — Secret médical. — Séparation des maladies professionnelles.

DEUXIÈME PARTIE. — *Agents chimiques* : Métalloïdes. — Métaux. — Composés organiques. Carbures acycliques ; carbures cycliques ; dérivés de la série acyclique ; dérivés de la série cyclique.

TROISIÈME PARTIE. — *Les toxicomanies*.

QUATRIÈME PARTIE. — *Agents végétaux*.

CINQUIÈME PARTIE. — *Agents animés* : Animaux toxiques. — Les toxi-infections alimentaires. — Botulisme. — Maladies infectieuses et parasitaires d'origine professionnelle.

SIXIÈME PARTIE. — *Agents physiques* : Chaleur et froid. — Radiations. — Ultrasons. — Troubles dus aux vibrations et trépidations. — Air comprimé. — Altitude.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Neuf jeunes pédiatres bénéficient de la bourse Mead-Johnson

M. David L. Menzies, président de *Mead Johnson & Co. of Canada, Limited*, vient d'annoncer que les trois universités du Québec recevront, encore cette année, un total de \$10,000 pour favoriser les études post-médicales en pédiatrie. Cette année, les boursiers sont les docteurs Y. Grégoire, R. Bédard et C. Roy, de l'université Laval ; les docteurs J. Chagnon, B. Doray et P. Beaudry, de l'université de Montréal et les docteurs P. G. McGee, J.-P. Poirier et P. Auld, de l'université McGill.

Les gagnants de la bourse *Mead-Johnson* ont complété leur internat et ils sont maintenant prêts à devenir résidents en pédiatrie. Dans chacun des cas, la Faculté de médecine et le département de pédiatrie de l'université concernée agissent en qualité de dépositaires et administrateurs des fonds.

Le docteur Beaudry se spécialisera en pédiatrie au *Montreal Children's Hospital*, à Montréal.

Le docteur Bédard se fixera à Québec lorsqu'il aura terminé ses études postmédicales.

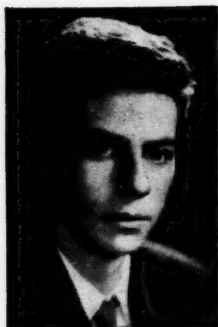
Le docteur Roy entend passer quelques mois au *Montreal Children's Hospital* et en Europe. Il pratiquera à Québec par la suite.

Le docteur Doray a l'intention de se fixer à Montréal après avoir complété ses études postmédicales.

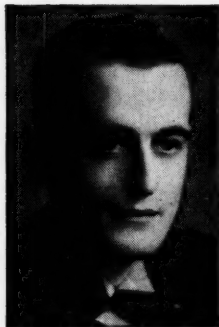
Le docteur Chagnon a l'intention de poursuivre un entraînement postmédical à Boston.

Les progrès de la médecine canadienne reposent sur la profondeur des connaissances et l'excellence de la formation professionnelle des étudiants, internes et résidents.

C'est là une des raisons qui motivent l'octroi de la bourse *Mead-Johnson* car la compagnie tient à encourager les jeunes hommes et les jeunes femmes à se consacrer à la pédiatrie.



Yves Grégoire



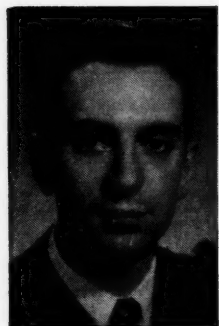
Raymond Bédard



Claude Roy



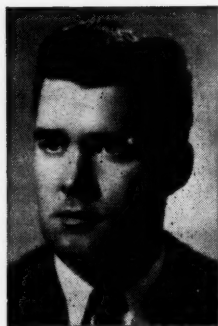
Jean Chagnon



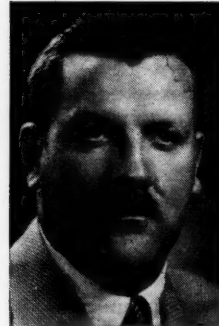
Bernard Doray



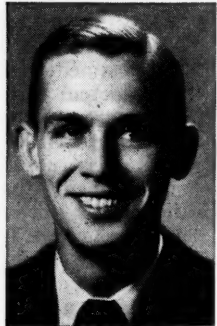
Pierre-H. Beaudry



Paul McGee



J.-Paul Poirier



Peter A. Auld

La troisième bourse annuelle offerte par *Mead Johnson* ajoute aussi aux efforts constants que la compagnie déploie en vue de favoriser davantage la coopération entre médecins, pharmaciens et patients.

Président de l'Association canadienne de dermatologie

Le docteur Jean Grandbois, professeur agrégé à la Faculté, assistant dans les Service de dermatologie à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital du Saint-Sacrement, vient d'être élu président de l'Association canadienne de dermatologie au cours du Congrès tenu à Toronto et à Niagara en juin dernier.

Le prochain congrès aura lieu à Québec en juin 1956.

Directeur médical de la Ligue antituberculeuse de Québec

Le docteur Camille Lessard, assistant dans le Service médical de l'Hôpital Laval, a été nommé directeur médical de la Ligue antituberculeuse de Québec en remplacement du docteur Georges Grégoire, décédé récemment.

Symposium sur les dermatoses professionnelles

Les 10 et 11 juin 1955, à Lille, plus de 450 participants, dermatologistes, médecins du travail et autres de quatorze pays d'Europe étaient réunis pour un symposium sur les dermatoses professionnelles. La veille, une journée de prophylaxie antivénérienne avait groupé 90 inspecteurs divisionnaires et 70 assistantes sociales départementales.

Ce symposium organisé par le dynamique professeur Claude Huriez a été un succès complet. Le professeur Huriez qui a été le coordonnateur dans l'édification de la cité hospitalière de Lille, en plus d'être un brillant dermatologiste, est un organisateur né. Un volume contenant tous les travaux à être présentés fut remis à chaque congressiste à son arrivée, ce qui constitue un tour de force peu souvent réalisé. Bien plus, il nous fut donné à nous-même, de consulter le volume ici à Québec, le jour même de la tenue du symposium à Lille !

Tous les aspects des dermatoses professionnelles furent considérés à ce symposium : fréquence, variétés des dermatoses suivant les professions, prophylaxie, dermatoses considérées comme accidents du travail, etc. . . .

Ce volume contenant tous les travaux présentés constitue une véritable *Somme* de la médecine dermatologique du travail. Chaque travail est d'actualité et renferme tout ce que l'on connaît actuellement sur les divers accidents dermatologiques du travail.

Tous ceux qui auront la curiosité scientifique et médicale suffisante pour consulter ce volume, y trouveront satisfaction et profit.

Émile GAUMOND

Assistance fédérale à la recherche cardiaque

Au cours de l'année financière 1955-1956, plus de \$100,000 en subventions fédérales seront distribués dans la région métropolitaine de Montréal pour la recherche sur les maladies du cœur.

En effet, on annonce que l'Institut de cardiologie, à l'hôpital Maisonneuve de Montréal, recevra une nouvelle subvention fédérale, au montant de \$45,000, afin de poursuivre des travaux de recherche sur le cœur.

En félicitant l'Institut de la contribution qu'il apporte à la médecine canadienne, on fait remarquer que les affections cardiovasculaires constituent la cause la plus importante de mortalité au Canada. En 1948, les maladies du cœur ont causé 39 p. 100 des décès. Une personne sur six est morte d'une maladie du cœur avant l'âge de 40 ans, et une sur deux après 45 ans.

Cette forte proportion de décès alors que l'être humain est en pleine productivité fait de la recherche sur les maladies du cœur un projet qui mérite d'être appuyé fortement par le gouvernement fédéral.

Depuis 1953, l'Institut de cardiologie a reçu une assistance fédérale évaluée à \$196,946, qui a contribué à l'installation de matériel scientifique et technique ainsi qu'à l'inauguration de divers travaux de recherche en cardiologie.

L'Institut de cardiologie, qui a ouvert ses portes au public en 1954, est le premier institut du genre dans la province de Québec. Une partie intéressante du travail qui y est accompli consiste dans les opérations chirurgicales dans le cœur même.

En 1954, on y a fait 76 opérations du cœur afin de remédier, entre autres, à des conditions valvulaires rhumatismales et à des vices de conformation congénitale. Pendant les trois premiers mois de 1955, on y a opéré trois fois plus de cœurs pour malformations congénitales que durant toute l'année de 1954.

L'Institut n'a ouvert ses portes que depuis peu de temps ; mais sa réputation s'est tellement étendue qu'il reçoit des malades venus de l'Ontario, des provinces Maritimes et même des États-Unis.
